

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901.

N° 573

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU LUPUS DE LA FACE

PAR LA PHOTOTHÉRAPIE

Par Ernest LEPEUT

Né à Abbeville (Somme), le 22 Mai 1875

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. { SCHWARTZ,
MARFAN, } Agrégés.
MÉNÉTRIER, }

ABBEVILLE

C. PAILLART, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1901.

N°

573

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU LUPUS DE LA FACE

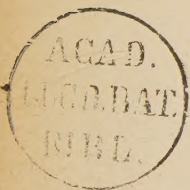
PAR LA PHOTOTHÉRAPIE

Par Ernest LEPEUT

Né à Abbeville (Somme), le 22 Mai 1875

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. { SCHWARTZ,
MARFAN, } *Agrégés.*
MÉNÉTRIER, }



ABBEVILLE

C. PAILLART, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N...
Clinique médicale	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses	DEBOVE.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (Aug.).	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (André).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DEBOVE

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin de l'hôpital Beaujon

INTRODUCTION

S'il est une question actuellement à l'ordre du jour, en matière de dermatologie, c'est bien celle du traitement du lupus de la face. Depuis longtemps déjà cette question a provoqué les recherches des dermatologues, qui tous, ou à peu près, ont tenu à honneur de présenter leur traitement particulier du lupus. Lorsque fut découvert le procédé des scarifications et des galvanocautérisations, et lorsqu'on put constater les résultats vraiment inespérés que produisait cette méthode, on pensa avoir atteint la perfection en la matière et le traitement du lupus de la face par les scarifications est resté jusqu'aujourd'hui le procédé de choix.

Mais la découverte du professeur danois Nils R. Finsen est venue, en ces dernières années, modifier profondément ce chapitre de la thérapeutique dermatologique, en fournissant au monde médical un procédé de traitement à la fois sûr et exempt de toute douleur, deux qualités tellement précieuses qu'elles suffiraient à elles seules pour placer la

méthode de Finsen au premier rang dans la cure du lupus.

Désireux de nous rendre compte par nous-même de ce qu'il pouvait y avoir de vrai ou de faux dans les différentes polémiques engagées à propos de cette découverte, nous sommes allé à la clinique dermatologique du docteur Leredde où actuellement ce procédé de traitement est appliqué en grand.

Bien que le traitement photothérapique soit encore dans sa période embryonnaire, si nous pouvons nous exprimer ainsi, bien que beaucoup d'obscurités règnent encore sur ce sujet et particulièrement au point de vue du mode d'action des rayons lumineux, il nous a paru cependant offrir dans la pratique de tels avantages et des résultats à la fois si constants et si merveilleux que nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais, nous le disons de suite, la méthode du professeur Finsen est encore si jeune qu'il est impossible actuellement de poser en ce qui la concerne des conclusions formelles. Ce traitement l'emportera-t-il définitivement dans la pratique sur les autres méthodes, c'est ce qu'on ne pourrait affirmer d'une façon positive ; toutefois il a déjà, dès son essor, donné assez de preuves suffisantes de son efficacité pour que la question de priorité ait été posée dans les différents congrès de dermatologie.

Nous pouvons aujourd'hui, grâce aux modifications subies par l'appareil instrumental, aller plus loin et mettre la méthode de Finsen au premier rang dans la cure du lupus de la face.

Notre travail comprendra cinq chapitres :

I. — Dans un premier chapitre nous verrons ce qu'est la découverte de Finsen, quels sont les avantages et les inconvénients de sa méthode.

II. — Dans le second chapitre nous étudierons le nouvel appareil de Lortet et Genoud, et nous montrerons sa supériorité sur le précédent.

III. — Dans le troisième chapitre nous tâcherons de définir ce que c'est que la réaction photogénétique; quel est en un mot le mode d'action des rayons lumineux sur les tissus lupiques.

IV. — Dans le quatrième chapitre viendront les observations.

V. — Enfin dans le cinquième et dernier chapitre nous poserons les conclusions.

Mais avant d'aborder notre sujet nous ne pouvons résister au désir de témoigner publiquement à notre père et à notre mère bien-aimés l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre plus sincère affection. Puisse ce modeste travail être pour eux un faible dédommagement de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour nous.

A ceux qui se sont consacrés à la tâche laborieuse de notre instruction médicale, nous adressons le témoignage de notre vive reconnaissance. Au chevet des malades, nous garderons fidèlement les grands principes humanitaires qu'ils nous ont enseignés, n'oubliant jamais que le médecin ne doit rien négliger pour être à la hauteur de sa tâche.

Que M. le D^r Leredde veuille bien accepter tous nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et l'amabilité qu'il a eue en nous laissant la libre disposition de ses malades et de ses observations. Que son chef de clinique, M. le D^r Pautrier, veuille bien, lui aussi, recevoir l'expression de notre gratitude pour tous les renseignements qu'il a bien voulu nous fournir en maintes occasions.

Nous prions M. le professeur Débove qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU LUPUS DE LA FACE
PAR LA PHOTOTHÉRAPIE

CHAPITRE PREMIER

La découverte de Finsen.

Sa communication à l'Académie. — Son appareil. — Sa critique.

Les différentes recherches qui conduisirent Finsen à la création de sa nouvelle méthode thérapeutique ont été exposées en français dans une brochure intitulée *la Photothérapie*. Nous ferons quelques emprunts à cet ouvrage et nous nous attacherons surtout à montrer la connaissance des principes sur lesquels est fondée sa technique.

Finsen, partant de cette idée bien établie par les recherches de Downes, Duclaux, Roux, Geissler, Buchner, etc., que la lumière jouit d'un pouvoir bactéricide considérable, se dit : « Pourquoi théoriquement ne pourrait-on pas employer la lumière dans le traitement des affections cutanées superficielles, de celles tout au moins qui ont nettement une origine bactérienne. » De cette théorie à la pratique il n'y avait qu'un pas. Finsen le franchit aisément.

Les rayons du spectre n'ont pas, on le sait, des propriétés exclusivement lumineuses. Il existe aux deux extrémités du spectre des rayons dépourvus d'action lumineuse mais jouissant de propriétés chimiques ou calorifiques. Ce sont les rayons infra rouges et ultra violets, appelés pour cette raison : rayons calorifiques pour les premiers, rayons chimiques pour les seconds. Ces derniers surtout doivent nous intéresser ; ce sont eux qui possèdent au plus haut point la propriété microbicide. Downes et Blunt, Arloing, Geissler, d'Arsonval et Charrin l'ont démontré d'une façon indiscutable.

Nous ne parlerons pas de l'action de ces rayons lumineux sur les organismes inférieurs, ils ont été fort bien étudiés dans la thèse de Mademoiselle Rogovine.

Nous ne verrons ici que l'action de la lumière sur les téguments. Dans l'espèce humaine l'influence des rayons chimiques se manifeste surtout sous cette forme d'éruption qu'on appelle érythème solaire ou eczéma solaire. Ce n'est point la chaleur qui exerce cette influence nocive, mais bien les rayons chimiques. Les remarques de Widmark sur les explorateurs du pôle Nord et celles de Hammer sur les touristes des glaciers, les expériences de Charcot avec la lumière électrique le prouvent surabondamment.

La pigmentation de la peau consécutive à l'action de la lumière est également due aux rayons chimiques : elle représente un processus de défense.

Une expérience de Finsen met bien en lumière ce

rôle de la pigmentation : en traçant sur l'avant-bras une bandelette à l'encre de Chine, et en l'exposant pendant 3 heures au soleil, il observa un érythème de chaque côté de la bandelette, mais non au-dessous de celle-ci. L'érythème fut suivi de pigmentation. Puis, dans une exposition ultérieure, après avoir enlevé cette fois l'encre de Chine, l'érythème se développa sur la région précédemment protégée et les parties préalablement pigmentées ne se modifièrent pas. Lorsque toute la peau est devenue pigmentée, l'érythème ne se produit plus. Suivant Finsen, la couleur noire des nègres est le résultat d'une défense contre la lumière du soleil.

Rubéfaction de la peau, pigmentation consécutive, action microbicide, tels sont les effets produits sur le revêtement cutané de l'homme par les rayons lumineux. Il résulte de là que la lumière a une action certaine sur les tissus humains et que les rayons chimiques du spectre solaire sont ceux qui exercent sur la peau l'action la plus considérable.

Cette action qui se manifeste d'une façon nocive sur l'homme amena Finsen au traitement de la variole par l'exclusion des rayons chimiques.

« Mais, ajoute-t-il, il ne faut pas envisager seulement l'effet nuisible de la lumière, il faut voir aussi l'action favorable de ces mêmes rayons lumineux. »

Les rayons chimiques, nous l'avons vu, jouissent de propriétés bactéricides importantes ; ils sont en outre des *promoteurs de vie et d'énergie*.

En effet, en dehors des formes les plus connues de l'énergie solaire, c'est-à-dire *la chaleur et la*

lumière, les rayons lumineux traduisent encore leur puissance par une troisième force : *La force chimique*. Inappréciable lorsqu'on ne la cherche pas, cette forme spéciale de l'énergie lumineuse n'en existe pas moins et Finsen s'est évertué à nous la rendre sensible par une série d'expériences.

« Trois salamandres, l'une âgée d'un jour et
« d'une nuit, les deux autres nées une heure avant
« l'expérience, furent placées dans une écuelle plate
« remplie d'eau. Ces petits animaux longs d'un
« centimètre environ se tenaient immobiles dans
« l'eau, comme les brochets quand ils dorment ; ils
« se mouvaient en ligne droite et très rapidement,
« par saccades, pour garder ensuite le repos.
« L'écuelle étant placée à l'ombre, je disposai un
« miroir parabolique (ophtalmoscope de Liebreich)
« de telle sorte qu'il m'était possible d'éclairer
« d'un faisceau lumineux chacun de ces animaux.

« Sous l'influence lumineuse, les salamandres
« s'élançaient précipitamment, après avoir été
« impressionnées pendant quelques instants, puis
« s'arrêtaient ensuite. Ce phénomène présente une
« telle constance qu'il est possible de diriger l'orien-
« tation des mouvements par le jeu même du pin-
« ceau lumineux. En dehors de toute influence lumi-
« neuse, les salamandres gardaient l'immobilité et
« ne se déplaçaient presque jamais spontanément.

« L'écuelle étant placée mi-partie à l'ombre, mi-
« partie au soleil, les salamandres éclairées s'agi-
« taient sans but bien évident jusqu'au moment où
« elles entraient dans l'ombre pour rester immo-

« biles; le déplacement inverse de la lumière
« provoquait une migration opposée de ces ani-
« maux. Dans toutes conditions, ils fuyaient la
« lumière.

« La lumière exclusivement rouge, jaune ou
« verte n'influence pas les salamandres. Seule la
« lumière bleue provoque une réaction aussi rapide
« que la lumière composée (1). »

L'expérience suivante, due également à Finsen, rend bien mieux compte encore de l'extraordinaire influence de la lumière et particulièrement des rayons chimiques comme agents d'énergie.

« J'avais un certain nombre de lombrics qui me
« servaient à nourrir mes salamandres. A la suite
« d'un accident, plusieurs moururent et le reste du
« lot fut très affaibli. Pour les utiliser, autant que
« possible, je tentai de les revivifier de différentes
« manières, par exemple en les mouillant, sans
« obtenir de résultat appréciable. A la fin, je les
« exposai au soleil direct et trois ou quatre com-
« mencèrent à réagir presque immédiatement et à
« progresser.

« Comme le ver de terre, le perce-oreille (*forficula*) aime, on le sait, à se tenir caché pendant le
« jour.

« Pour savoir si cet animal offrait à la lumière
« une réaction aussi facile, j'en plaçai vingt ou
« trente dans une boîte oblongue dont le couvercle
« était composé d'une série de verres de différentes

(1) FINSEN. *La Photothérapie*.

« couleurs enchâssés dans un cadre et rangés dans
« l'ordre du spectre, rouge, jaune, vert, bleu. Le
« résultat fut frappant. Au bout de peu de temps
« tous les forficules avaient rampé sous le verre
« rouge. Quand on retournait le couvercle et quand
« la lumière bleue tombait sur les animaux, leurs
« évolutions étaient curieuses à observer. Leurs
« antennes commencèrent à vibrer, les animaux
« devinrent ensuite inquiets, courant de tous côtés
« jusqu'au moment où ils demeurèrent enfin sous
« le verre rouge. Les expériences étant fréquem-
« ment répétées, les adultes semblèrent à la fin
« comprendre la situation, car, après quelques
« changements de lumière, ils ne se trompèrent
« plus de chemin et se dirigèrent sans hésiter vers
« la lumière rouge. »

Que ressort-il de toutes ces expériences? C'est que la lumière ou pour mieux dire, les rayons chimiques du spectre possèdent une force considérable tout comme les rayons caloriques et lumineux et une influence notable sur l'organisme. Cette force se traduit dans les expériences qui précèdent par la réaction la plus sensible à nos yeux : le mouvement. A coup sûr l'importance biologique de ces rayons a été encore trop peu étudiée pour pouvoir la juger nettement, mais elle paraît considérable si l'on en juge par ces expériences et l'on peut dire avec Finsen que les rayons chimiques sont véritablement des promoteurs de vie et d'énergie.

Il convient d'utiliser cette action quotidienne et constante, beaucoup trop négligée en médecine et

en hygiène, car elle engendre en particulier une excitation du système nerveux qui peut être tout à fait utile.

Ces constatations faites, il était tout naturel de passer de la théorie à la pratique. Dans le courant de l'hiver de l'année 1896, Finsen fit le premier essai de son traitement photothérapique sur une malade atteinte de lupus tuberculeux de la face.

Avant Finsen quelques médecins avaient déjà essayé de traiter le lupus par la lumière. Mayer avait aussi soumis des lupiques aux rayons solaires concentrés par une lentille biconvexe; Lahmann avait employé la lumière fournie par un arc voltaïque de 12 ampères installé au foyer d'un miroir parabolique. Mais Mayer recherchait une action calorifique; Lahmann se servait de rayons parallèles et non convergents émanés d'une source lumineuse beaucoup trop faible.

Or, comme la lumière n'exerce que très lentement ses effets bactéricides (1), il est nécessaire de la concentrer autant que possible tout en excluant alors les radiations calorifiques du spectre, les ultra rouges, rouges, oranges et jaunes, car, concentrées au moyen de miroirs et lentilles, elles ne tarderaient pas à produire une véritable brûlure des tissus.

Ainsi concentrés, les rayons chimiques du spectre possèdent un pouvoir bactéricide véritablement considérable. Finsen s'en assura par l'expérience suivante :

(1) Leredde.

Prenant des flacons plats et rectangulaires enduits intérieurement de gelose peptone, il fit dans ce milieu desensemencements avec des cultures pures de bacillus prodigiosus. Sur chaque flacon il colla extérieurement une feuille de papier, blanche d'un côté et noire de l'autre, la surface blanche étant tournée vers la lumière afin d'éviter l'absorption des rayons calorifiques et la surface noire appliquée sur le verre dans le but d'empêcher la lumière d'influer sur la culture. Il pratiqua alors dans ce papier des ouvertures rondes à travers lesquelles il traça sur le verre du flacon des chiffres à l'encre de Chine. Lorsque l'exposition avait été suffisante, les chiffres se trouvaient nettement dessinés sur le milieu de culture par les colonies qui s'étaient développées à l'abri des parties colorées en noir.

Ces recherches et d'autres semblables amenèrent Finsen à conclure que la lumière solaire concentrée agit sur les microbes avec une rapidité quinze fois plus grande que la lumière directe et que les effets des rayons voltaïques concentrés sont encore bien plus intenses.

Le premier appareil dont se servit Finsen se composait d'une lentille plan convexe creuse de 24 à 40 centimètres de diamètre et remplie d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre. Cet appareil était monté sur un support qui permettait de déplacer la lentille dans tous les sens, de l'élever et de l'abaisser.

Cet appareil bientôt perfectionné fut remplacé par le suivant, que nous allons décrire et qui fonc-

tionne actuellement encore à l'hôpital Saint-Louis.
Il comprend :

1° Une lampe à arc de 60 à 80 ampères.

2° Des tubes de cuivre ayant 92 centimètres de long soutenant des lentilles en cristal de roche.

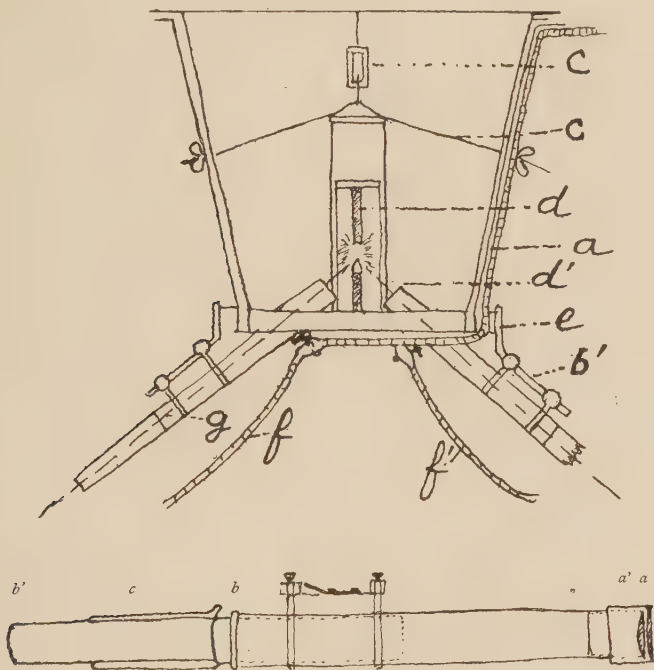


Fig. 1 et 2.

(Finsen ayant observé en effet que le verre ordinaire absorbe une grande quantité de rayons chimiques l'a remplacé par du cristal de roche). Les lentilles *a* et *a'* sont destinées à rendre les rayons parallèles, les lentilles *b* et *b'* à les rendre convergents. Entre *b* et *b'* le tube de cuivre est rempli d'eau distillée

qui n'arrête pas les rayons violets ou ultra-violets et dont nous allons voir l'utilité.

3° Un système de refroidissement: Le tube de cuivre est entouré en *c* d'un manchon métallique dans lequel circule de l'eau courante amenée par un tuyau de caoutchouc. L'eau courante refroidit constamment l'eau distillée contenue dans le tube, puis se rend aux verres compresseurs appliqués sur la peau et circule entre leurs parois, enfin elle est évacuée par le sol. De cette façon tous les rayons calorifiques sont éliminés.

4° Des verres compresseurs en cristal de roche: Le rôle de ces verres est d'achever le refroidissement des rayons lumineux, grâce à la circulation d'eau, et, d'autre part, d'empêcher la circulation dans les parties traitées. En effet le sang protège les tissus contre l'action des rayons chimiques.

Le malade que l'on veut traiter est couché sur un lit, la lésion étant située en regard de l'un des quatre tubes destinés à concentrer les rayons lumineux. Un aide applique sur le point à traiter un verre compresseur qu'il maintient au moyen de lacs, de façon à ce qu'il ne se déplace pas et que les rayons chimiques agissent toujours au même point. Le malade est laissé dans cette position pendant une heure ou deux, et la surface traitée à chaque séance est environ celle d'une pièce de 50 centimes. Le malade se lève au bout de ce laps de temps sans avoir ressenti la moindre douleur pendant toute la durée de la séance.

Dans quelques cas on constate une légère douleur, mais elle est due uniquement à la compression lorsque celle-ci est faite sur des régions osseuses, telles que la face antérieure du nez.

Quelques heures après il se déclare au point touché une vive rubéfaction, un érythème qui va en augmentant. Vingt-quatre heures après on constate du gonflement, de la rougeur de la peau, puis un suintement séreux s'établit, ou bien on voit se former des vésicules remplies de liquide, avec croûtes consécutives qui tombent sous l'influence de pansements humides.

Lorsque l'application a été suffisamment prolongée, l'aspect de la lésion est tout à fait modifié. Les bords autrefois surélevés s'aplanissent, la rougeur diminue progressivement, les lupomes s'isolent les uns des autres, puis ne sont plus perceptibles; la peau reprend une couleur normale et les ulcérations, lorsqu'il en existe, se cicatrisent avec une rapidité étonnante.

D'une façon générale, un nombre restreint de séances (deux à trois) sur un point donné suffit pour amener la guérison cherchée; en tout cas le placard en ce point a complètement changé d'aspect et donne le plus généralement l'apparence de la guérison définitive. Il suffit de traiter successivement de la même manière tous les points du placard lupique pour amener une disparition totale de la lésion.

Cette nouvelle méthode de traitement du lupus de la face présente; il faut bien le reconnaître, une

supériorité marquée sur les méthodes employées jusqu'alors.

Et d'abord elle n'est pas douloureuse. Avantage énorme si l'on songe à la somme des douleurs endurées par les malades soumis à des séances parfois considérables de scarifications ou galvanocautérisations. Les observations I, V et VIII en donnent une idée bien nette. Le traitement photothérapique n'eut-il que cet avantage qu'il suffirait pour le faire mettre en parallèle avec les autres traitements, car combien de malades se refusent à poursuivre, après expérience faite, les séances de scarifications ou de cautérisations.

Au contraire il n'est pas de malade si pusillanime qu'il soit qui se refuse à la photothérapie.

Aucune méthode ne détermine d'une façon constante des cicatrices aussi parfaites ; avantage précieux si l'on considère que nombre de femmes sont atteintes de cette affection et que, par conséquent, le côté esthétique n'est pas à dédaigner.

Passe encore pour la douleur. Une femme vous pardonnera peut-être de l'avoir fait souffrir ; jamais de l'avoir défigurée. Seule la scarification pourrait donner des résultats comparables, mais il semble cependant que la cicatrice obtenue par ce dernier procédé soit, d'une façon générale, plus blanche, plus nacrée, plus rétractée que la cicatrice obtenue par la photothérapie. Nous avons vu, à l'Etablissement dermatologique bon nombre de femmes chez lesquelles il fallait y regarder de très près pour voir les limites anciennes du lupus, les parties traitées et

guéries se confondant insensiblement avec la peau saine environnante.

Enfin on peut dire d'ores et déjà qu'aucune autre méthode ne détermine une telle proportion de guérisons. Evidemment il est impossible actuellement de prouver cette assertion par des statistiques, car, nous le répétons, la méthode est trop jeune et les observations encore trop peu nombreuses. Cependant la statistique si décriée de Finsen, recueillie dans les conditions les plus scrupuleuses, nous montre que la guérison est la règle. Les quelques observations que nous avons relatées à la fin de cet ouvrage sont également instructives sous ce rapport. La plupart ont trait à des malades qui ont subi antérieurement des traitements aussi nombreux que variés et la plupart du temps sans résultat bien apparent. Il s'agit donc de cas particulièrement rebelles. Or chez aucun d'eux le traitement photothérapique ne s'est montré inefficace et toujours on a vu les lésions « fondre en quelque sorte » sous la lame du compresseur.

Du reste, comme nous le disions plus haut, ce ne sont pas les statistiques qui peuvent actuellement entraîner la conviction sous ce rapport ; « mais quiconque (1) a suivi de près quelques « malades pendant un certain temps a l'impression « de la puissance de la méthode en voyant la « guérison se faire régulièrement sous ses yeux au « niveau des points traités. »

On peut dire aussi qu'aucune méthode ne déter-

(1) Leredde.

mine de guérisons aussi définitives. Finsen déclare dans sa brochure *la Photothérapie* qu'il ne veut pas se prononcer d'une façon définitive sur la question de récédive, attendu que l'expérimentation est de trop courte durée ; mais il ajoute :

« Cependant tout porte à croire que sous le rapport des récédives cette méthode est également appelée à donner des résultats qui jusqu'ici n'ont encore été réalisés par aucun traitement.

« D'abord on ne voit jamais les éruptions lupiques augmenter d'étendue à partir du moment où le traitement photothérapique est institué, pourvu qu'on ait soin de commencer par les bords du placard et de diriger la lumière de façon à agir simultanément sur la peau saine en apparence qui entoure immédiatement l'éruption. En second lieu, les effets de la lumière sur le lupus continuent à se produire même après la cessation du traitement ; c'est ainsi qu'on voit des taches suspectes s'effacer d'elles-mêmes au bout de quelques mois ; ce fait tient à ce que les bacilles de la tuberculose sont tués par la lumière bien avant que se soit effectuée la transformation du tissu malade d'aspect rouge-brun, en tissu sain de coloration blanche, transformation qui ne se produit que plus tard et à la longue. »

Régulièrement il ne doit y avoir aucune récédive lorsque les malades ont subi une période de traitement suffisante et répétée au besoin. M. le D^r Leredde raconte qu'il a vu une malade de Finsen guérie à Copenhague en quatre mois d'un lupus exedens du

nez et des joues *après avoir été traitée pendant vingt ans par toutes les méthodes et par les dermatologistes les plus qualifiés*. Après douze mois de repos la guérison se maintient parfaite ; il est survenu récemment un lupome de la grosseur d'une tête d'épingle anglaise, à côté d'une cicatrice, non dans la cicatrice ; ce lupome a été guéri en deux séances de photothérapie.

« La raison de cette supériorité du Finsen réside
« dans la profondeur à laquelle agissent les rayons
« lumineux. Sans difficulté à la faveur d'une anémie
« locale ils traversent l'épaisseur du lobule de
« l'oreille ou de la joue et provoquent une réaction inflammatoire curative dans toute l'épaisseur
« Or le tubercule lupique est souvent hypodermique.
« Si l'on emploie le galvanocautère on détruira
« la zone de ramollissement du tubercule, mais on
« n'atteindra pas la zone périphérique ou de prolifération et qui cependant est bacillifère comme la
« zone centrale ; de plus on ne cautérisera pas les
« tubercules qui s'élèvent de la profondeur vers
« la surface, et qui n'ont pas encore atteint celle-ci.
« La scarification qui réussit très bien dans les
« lupus mous ne peut porter à une profondeur suffisante dans les lupus plans. On comprend donc
« que par ces procédés (pour n'envisager que les
« meilleurs) les récurrences soient possibles, fréquentes
« même. Avec la photothérapie rien de semblable à
« craindre puisque l'agent microbicide pénètre dans
« tout le foyer et à une grande profondeur (1). »

(1) Leredde.

Un des grands reproches que l'on a adressé à la méthode photothérapique, c'est la longueur du traitement. Finsen dit lui-même que le grand défaut du procédé consiste dans sa lenteur, et qu'il est des cas où l'on n'a pu observer d'amélioration réelle qu'au bout de trois à quatre mois. Mais que l'on calcule le temps qu'exigent les autres méthodes pour guérir le même lupus ! Mme M., Obser. I, a été traitée pendant 6 ans par les scarifications et galvanocautérisations pour, en fin de compte, voir sa lésion tout aussi prononcée qu'avant le traitement. Mlle N. (*Lupus de Cazenave*. Obser. IX) a été soignée par des pointes de feu pendant un an, par des scarifications pendant six mois, puis pendant dix ans par les traitements les plus divers et les plus variés, pour enfin en arriver au traitement photothérapique qui, commencé le 17 novembre 1900, donnait déjà le 10 février 1901 une guérison apparente par formation en plusieurs points de petits îlots de tissu cicatriciel.

On nous objectera assurément que le nombre des séances dans ce cas est considérable ; mais c'est là précisément un des grands avantages du procédé de Finsen, c'est de pouvoir multiplier les séances curatives en un court espace de temps, avantage qu'il doit à son indolence complète, et nous répondons que, pour notre part, nous préférons et de beaucoup nous assujettir à un traitement de tous les jours et qui guérit en trois mois que de nous livrer à des séances douloureuses qui ne se répèteront que deux ou trois fois par semaine, c'est

vrai, mais qui n'arriveront à la guérison qu'au bout d'un ou deux ans.

Les reproches suivants que l'on a adressés au traitement Finsen sont plus sérieux et méritent d'être examinés de près :

Les séances, a-t-on dit, sont beaucoup trop longues. Il est évident qu'un traitement qui exige de la part d'un malade un repos et une immobilité complète pendant une heure et quelquefois deux, n'est pas un traitement pratique. Finsen prétend que la plupart des malades s'endorment ou lisent pendant la séance. C'est une occupation assurément, mais qui ne doit pas toujours suffire au patient.

Enfin l'installation de l'appareil Finsen est très coûteuse. Il s'en suit que les grands établissements dermatologiques seuls, où les ressources budgétaires sont suffisantes, peuvent l'avoir en leur possession. De plus il occasionne une dépense considérable de force électrique puisqu'il fonctionne à raison de 90 ampères, intensité que l'on ne peut rencontrer que dans les grands centres comme Paris.

Pour toutes ces raisons, la cure photothérapique du professeur Finsen risquait de rester un procédé de traitement d'application restreinte. Heureusement les modifications apportées à l'appareil par MM. Lortet et Genoud de Lyon, en faisant disparaître ces inconvénients, ont rendu le traitement Finsen d'une pratique courante et permis par le fait même à beaucoup de ces malheureux atteints de lupus de bénéficier des avantages vraiment merveilleux de la méthode.

CHAPITRE II

Le nouvel Appareil Lortet et Genoud.

Sa description. — Sa pratique. — Ses avantages.

Concentrer au maximum les rayons chimiques émanés de l'arc voltaïque tout en éliminant les rayons calorifiques, tel était l'idéal qu'avait toujours eu en vue Finsen dans la construction de son appareil. C'est cet idéal qu'ont réalisé MM. Lortet et Genoud.

En février 1901 ils faisaient à l'Académie des Sciences la communication suivante :

Dans la lanterne AA-AA, un arc voltaïque à courant continu et disposé de manière à projeter en entier son faisceau lumineux sur le ballon B rempli d'eau et maintenu par la boîte métallique EE-FF contre la lanterne au moyen des boulons VV.

Dans ce système les rayons divergents de l'arc électrique deviennent convergents dans leur passage à travers le ballon. Leur point maximum de concentration peut être obtenu plus ou moins loin de l'extrémité FF, suivant qu'on éloigne ou rapproche plus ou moins du ballon la source lumineuse elle-même.

L'eau contenue dans le ballon ayant la propriété

d'absorber la plupart des radiations calorifiques nous avons au point C un faisceau lumineux contenant à leur maximum de concentration les seules radiations chimiques et visibles.

Les quelques radiations calorifiques qui n'ont pas été absorbées ayant leur effet neutralisé par le compresseur C que l'on applique sur la région à expo-

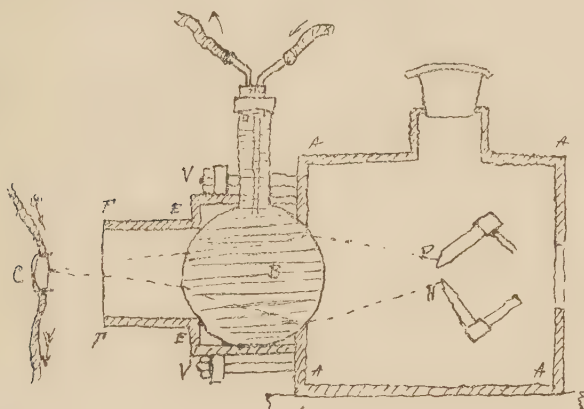


Fig. 3.

ser à l'action photochimique, compresseur dans lequel circule constamment un courant d'eau froide.

L'appareil est de dimensions très restreintes et peut être monté n'importe où. L'arc électrique employé consomme à peine 10 à 12 ampères alors que dans le dispositif Finsen il faut un arc de 70 à 80 ampères.

L'appareil qui a fait l'objet de la communication de MM. Lortet et Genoud à l'Académie des Sciences

a reçu depuis quelques modifications de détail dans la construction.

Actuellement l'appareil est monté sur un pied massif en fonte lequel peut lui-même se fixer à l'aide de vis sur le plancher, ce qui lui donne une stabilité complète. Une tige creuse à glissière permet d'amener l'appareil à la hauteur voulue. Un support mobile en tout sens peut servir de point d'appui au patient.

A la partie supérieure, un chariot glissant horizontalement sur une tige métallique et supportant l'arc électrique. Cet arc électrique à courant continu est produit entre deux charbons formant un angle suffisant, pour que le cratère du charbon positif projette la plus grande partie de la lumière suivant un cône dont l'axe passerait par l'orifice (O) d'une cuvette (*a-a*) située au-devant des charbons.

Cette cuvette à double fond, à parois distantes de 6 à 7 millimètres, laisse un espace vide dans lequel circule de l'eau froide, ce qui empêche l'échauffement de cet écran.

La partie antérieure est percée d'un orifice O dans lequel sont enchâssés deux disques de cristal de roche pour laisser passer les rayons. Ces disques séparés eux aussi par un espace libre dans lequel circule de l'eau, constituent les compresseurs du nouvel appareil. C'est à ce niveau qu'on applique la région à traiter; le disque antérieur, celui qui est immédiatement en contact avec les téguments, peut être changé et remplacé par d'autres disques

variant entre 3 centimètres et 1 centimètre et demi de diamètre.

La cuvette et le compresseur, nous l'avons vu, sont pourvus d'une circulation d'eau destinée à en empêcher l'échauffement. Le tube T mis en

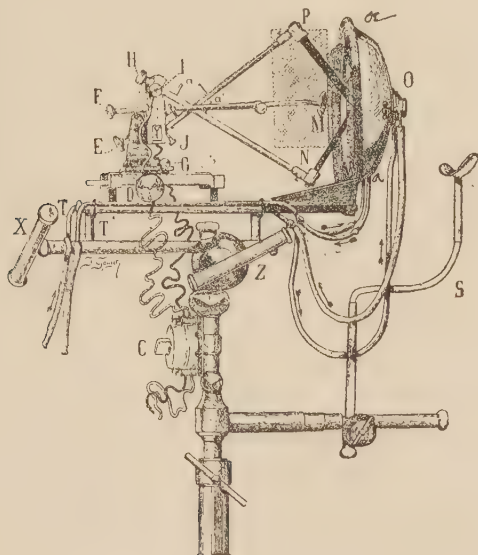


Fig. 4.

communication avec une prise d'eau par un tuyau de caoutchouc se bifurque et envoie de l'eau à la fois dans le compresseur et dans la cuvette. Le tube T' reçoit ensuite cette eau qui s'écoule par l'intermédiaire d'une canalisation appropriée. L'entrée et la sortie de l'eau dans le compresseur peuvent se faire indifféremment par l'un des orifices ménagés sur la monture ; il n'en est pas de même pour la circulation de l'eau dans la cuvette. Le

tube d'arrivée de l'eau débouche à la partie inférieure de cette dernière, le tube de sortie se prolongeant au contraire jusqu'au sommet; seule cette disposition permet à l'eau de se renouveler régulièrement et complètement par couches successives de bas en haut.

Le chariot mobile qui supporte tout l'appareil est mobile en tous sens, d'avant en arrière, latéralement, de haut en bas sur une articulation à genouillère spéciale. Pour le déplacer et le mouvoir, il suffit de le saisir à pleine main par la poignée X et de desserrer d'un tour ou d'un demi-tour la vis Z à l'aide de laquelle on le fixera de nouveau, la position voulue étant obtenue.

Quand l'appareil fonctionne, l'arc est amené à une distance de 1 à 2 centimètres de l'orifice. Les charbons sont masqués par les rebords de l'écran et le petit miroir M empêche toute projection de lumière en arrière, ce qui fait que l'arc n'est éclairant que par sa partie antérieure.

La source lumineuse est un arc électrique à courant continu de 12 à 15 ampères variant entre 55 et 65 volts, c'est-à-dire l'arc le plus communément employé pour l'éclairage. L'installation est donc des plus simples et réalisable partout: il suffit de disposer d'une prise de courant de 15 ampères dont le voltage est amené au chiffre voulu par l'intermédiaire d'une résistance.

Nous pourrions répéter ici ce que nous avons dit au chapitre précédent, à savoir les avantages incontestables de cet appareil sur les traitements anté-

rieurs. Mais ces avantages en somme sont ceux de la méthode photothérapique. Nous nous évertuerons ici à montrer simplement que l'appareil Lortet et Genoud supprime totalement les inconvénients attachés à l'appareil Finsen, constatation suffisante pour montrer les services signalés qu'il a rendus à la méthode.

Et d'abord la déperdition des rayons chimiques est ici bien moindre. Il s'ensuit que la force de l'agent microbicide se trouve décuplée par le fait même. L'action par conséquent sera beaucoup plus rapide. Ceci est tellement vrai que la durée des séances est réduite au quart. Au lieu de une heure et quelquefois deux, le patient ne pose plus devant l'appareil que dix à quinze minutes au maximum. La première objection faite à la méthode Finsen se trouve donc réduite à néant.

Reste maintenant le second reproche adressé à la cure photothérapique, de beaucoup le plus important, puisque, à lui seul, il est presque une condamnation de la méthode. Nous voulons parler du prix de revient excessif du traitement.

Nous avons vu que l'appareil Finsen marchait à une intensité d'environ 70 ampères. Or si nous calculons la dépense occasionnée de ce fait nous voyons que la consommation se trouve être par heure de 7 kilowatts 700.

Si nous mettons à 1 fr. 50 en moyenne le prix du kilowatt, nous arrivons au chiffre de 11 fr. 55 par heure, chiffre assurément un peu élevé.

De son côté l'appareil Lortet et Genoud ne néces-

cite qu'une intensité de 15 ampères. La consommation de force électrique se trouve ainsi réduite par heure à 1 kilowatt 650, ce qui fait comme dépense 2 fr. 47 par heure.

D'autre part, la dépense nécessitée pour l'achat de l'appareil est de 4,000 francs avec le Finsen tandis qu'elle est de 1,000 francs à peine avec le Lortet.

Nous ne parlerons pas des frais d'installation et de personnel qui sont à peu près les mêmes dans les deux cas.

Les données qui précèdent seront avantageusement résumées dans le tableau suivant.

	APPAREIL FINSEN	APPAREIL LORTET & GENOUD
Prix de revient de l'appareil	4,000 fr.	1,000 fr.
Frais d'installation.....	300 fr.	300 fr.
Intensité à la seconde	70 ampères.	15 ampères.
Nombre de kilowatts consommés par heure.....	7 kwt 700	1 kwt 650
Coût à l'heure.....	11 fr. 55	2 fr. 47
Nombre de malades soignés en une heure	4	4
Somme dépensée pour chaque malade et pour une séance....	2 fr. 90	» fr. 62

Ainsi donc, soixante et deux centimes tel est le prix de revient par séance pour chaque malade. Et que l'on vienne dire maintenant que le traitement photothérapique est d'un prix exorbitant et susceptible d'être appliqué à la classe aisée seule !

On le voit donc, les deux seuls reproches qu'on adressait, non sans raison, à la méthode de Finsen se trouvent réduits à néant. Si d'autre part nous envisageons les avantages considérables que nous fournit ce procédé thérapeutique, avantages énumérés dans le chapitre précédent, nous estimons que d'ores et déjà on est en droit de considérer la photothérapie comme le procédé de choix dans la cure du loup de la face.

CHAPITRE III

Etude de la Réaction photogénétique.

QU'EST-ELLE ? A QUOI PEUT-ON L'ASSIMILER ?

A tout instant, au cours de ce travail, nous avons rencontré et nous rencontrerons l'expression de *Réaction photogénétique*. Dans le chapitre consacré aux observations surtout nous verrons qu'à chaque séance de rayons Finsen succède une réaction photogénétique. Or, qu'est-ce donc que cette réaction ?

D'une façon générale, on peut dire que la réaction photogénétique, c'est la série des phénomènes qui se passent dans les tissus vivants sous l'influence des rayons chimiques. Mais cette définition n'a absolument rien de précis. Elle ne nous rend pas compte, en particulier, du genre de phénomènes qui s'accomplissent au sein des tissus tuberculeux.

Avant de définir d'une façon plus précise ce qu'est la réaction photogénétique, voyons d'abord comment elle se présente à l'observateur, à quoi on peut la comparer, si elle est assimilable, en somme, à une réaction inflammatoire commune.

Macroscopiquement, voici ce que l'on remarque après une séance de photothérapie :

Quelques heures après l'application du traitement, il se produit une vive rubéfaction qui, le

lendemain, se traduit par du gonflement, de la rougeur des téguments avec formation d'une phlyctène claire semblable en tout point à la phlyctène d'une brûlure du second degré. En peu de jours, cette vésicule se dessèche et il se forme des croûtes qui ne tardent pas à tomber sous l'influence de pansements humides.

Telle est, à l'œil nu, la façon type sous laquelle se présente la réaction photothérapique après une exposition de quinze minutes à l'appareil Lortet. Mais les effets aigus des rayons chimiques sur la peau humaine sont susceptibles de se manifester à tous les degrés, depuis une faible irritation et une légère rougeur jusqu'à une inflammation bien franche suivie de desquamation épidermique.

La force avec laquelle les rayons chimiques sont susceptibles d'agir sur les téguments de l'homme est nettement démontrée dans la communication d'un médecin russe, M. Maklakow, sur une visite qu'il a faite à l'usine métallurgique de Toloma, à trois heures de Moscou. Il nous a paru intéressant de relater cette observation, telle qu'elle est décrite dans la brochure de Finsen, car elle montre bien quelle peut être l'intensité de la réaction photogénétique en présence d'une source abondante de rayons chimiques.

« Grâce au procédé employé dans cette usine, il
« se dégage une lumière si extraordinairement
« intense et tellement sensible aux ouvriers, qu'ils
« préfèrent tout autre ouvrage plus pénible et
« moins payé...

« Le 5 décembre 1888, après avoir assisté à deux
« reprises à une soudure faite à l'arc voltaïque
« produit par 250 à 500 accumulateurs, il commença
« par éprouver la sensation d'un picotement de la
« peau qui augmentait peu à peu ; quelques
« moments après survint du coryza et du larmoie-
« ment. Plus tard, il lui fut impossible d'ouvrir les
« yeux ; il éprouvait une chaleur brûlante du côté
« gauche de la figure et du cou avec photophobie
« et agitation. Après un court sommeil, tous les
« phénomènes s'aggravent. Le soir, la figure est
« rouge brique et très gonflée ; un fort chémosis de
« la conjonctive bulbaire se déclare. Les souffrances
« durent toute la nuit ; toutes les parties qui avaient
« été exposées à la lumière s'enflamment. Chose
« remarquable, la conjonctive des paupières n'était
« pas du tout tuméfiée malgré le chémosis bulbaire.

« Le lendemain matin, les douleurs oculaires
« s'atténuent en même temps qu'apparaît une
« sécrétion conjonctivale muco-purulente. L'inflam-
« mation de la peau augmente encore ; celle-ci
« devient œdemateuse ; elle est rouge foncée,
« chaude, sèche, chagrinée et douloureuse au
« toucher. Au bout de quelques jours, la peau
« s'était desquamée par larges lambeaux comme
« après la scarlatine et il ne restait plus qu'une
« légère pigmentation des téguments prédominante
« au cou.

« Je n'ai pas besoin d'ajouter que le rayonnement
« calorifique causé par ces soudures électriques
« était relativement faible et l'on voit de suite qu'il

« est impossible d'attribuer aux effets de la chaleur
« l'affection dont fut atteint M. Maklakow (1). »

C'est là, la réaction photogénétique dans ce qu'elle
qu'elle a de plus intense, mais il s'en faut de beau-
coup que la lumière produise toujours sur les
téguments des effets aussi prononcés, surtout lors-
qu'elle agit, comme dans la méthode de Finsen, sur
une portion limitée de la surface cutanée. Il arrive
parfois au contraire que la réaction photogénétique
est nulle ou à peine appréciable, ne se manifestant
que par une rougeur très peu sensible et un suin-
tement séreux minime. C'est qu'alors l'intensité
lumineuse est trop faible ou l'épaisseur de l'épi-
derme trop considérable.

C'est le moment de faire remarquer que l'acuité
des phénomènes irritatifs qui se passent au niveau
des téguments après l'action des rayons chimiques
dépend d'un grand nombre de facteurs que nous
allons énumérer ;

Le degré de la réaction dépend :

- 1° De l'intensité de la lumière ;
- 2° De sa teneur en rayons chimiques ;
- 3° De la durée de l'exposition à la lumière ;
- 4° De l'épaisseur des téguments ;
- 5° De la pigmentation des téguments ;

et si l'on veut bien remarquer que la plupart de
ces valeurs restent immuables dans le traitement
par l'appareil Lortet et Genoud puisque l'intensité

(1) Nils R. Finsen, *La Photothérapie*.

et la qualité de la lumière, la durée de l'exposition, sont des données qui ne bougent pas en ce cas, on comprendra pourquoi l'intensité de la réaction reste, elle aussi, à peu près immuable et pourquoi l'action du traitement est constante.

Seules, l'épaisseur et la pigmentation des téguments pourraient présenter certains écarts, mais il faut avouer que ces variations doivent être bien faibles d'un individu à un autre. Cependant peut-être faut-il chercher là l'explication de la faiblesse des réactions photogénétiques chez certains malades.

Nous venons de voir la façon habituelle dont se présente à nos yeux le phénomène que nous avons appelé la réaction photogénétique, mais si nous voulons nous rendre un compte exact de la nature de ce phénomène, c'est au microscope que nous devons avoir recours.

Finsen a entrepris cette recherche dès l'année 1893. Prenant dans ce but un jeune têtard dont il avait mis le péritoine à nu et qu'il avait enveloppé dans un papier à filtrer, mouillé par de l'eau constamment renouvelée, il plaça ce têtard sur le porte-objet d'un microscope et l'exposa à un soleil ardent. Il faisait ainsi arriver sur cette surface péritonéale une lumière excessivement vive et privée de ses radiations calorifiques. Voici alors ce qu'il observa :

Après dix minutes environ d'exposition, il vit les vaisseaux se dilater d'abord graduellement et la vitesse du sang s'accroître dans des proportions notables. Mais bientôt le phénomène inverse se produisit. À l'accélération succéda un ralentisse-

ment persistant de la masse sanguine et peu à peu le long des parois veineuses, d'innombrables globules blancs s'accumulèrent, formant excentriquement une couche doublant les parois du vaisseau.

Bientôt après, il constata une issue hors des capillaires d'un grand nombre de leucocytes et de quelques globules rouges. Ces globules rouges avaient changé de forme : ils étaient devenus plus comprimés et plus ronds, en d'autres termes ils étaient rétractés.

En somme il s'agit bien là d'une inflammation commune. C'était du reste ce que laissait prévoir la constatation macroscopique des phénomènes de la réaction photogénétique. Mais pour que l'assimilation de la réaction photogénétique à un simple phénomène inflammatoire fut indiscutable, il fallait examiner la composition de l'exsudat photogénétique et le comparer à l'exsudat inflammatoire. C'est ce qu'ont fait MM. Pautrier et Leredde, lesquels ont bien voulu nous faire connaître le résultat de leur examen microscopique.

Voici le résultat de ces expériences :

1° *Examen microscopique du liquide contenu dans les phlyctènes survenues chez quelques malades à la suite du traitement photothérapique.*

Les éléments contenus dans ce liquide sont les leucocytes habituels que l'on rencontre dans l'exsudat inflammatoire : Leucocytes polynucléaires et mononucléaires, lymphocytes et surtout une grande

quantité de leucocytes eosinophiles d'Erlich ne se colorant que par les couleurs d'aniline acide ainsi qu'un nombre considérable d'hématies.

Ces examens pratiqués plusieurs fois ont toujours donné des résultats identiques. MM. Leredde et Pautrier continuent actuellement la série des examens de ces liquides.

2° Biopsies pratiquées par MM. Leredde et Pautrier sur eux-mêmes.

Ces biopsies ne sont encore qu'au nombre de deux et faites à des périodes de plus en plus avancées dans la réaction photogénétique.

1^{re} Expérience (1). — MM. Leredde et Pautrier soumettent leurs bras à l'action des rayons Finsen. L'exposition dure un quart d'heure à une intensité de 10 ampères. Un quart d'heure après, ils pratiquent une biopsie au point touché.

Macroscopiquement, on ne constate qu'un érythème simple. A l'examen microscopique, la peau est trouvée normale.

2° Expérience. — La durée d'exposition est encore cette fois d'un quart d'heure et à 10 ampères, mais la biopsie est pratiquée quarante-huit heures après. A ce moment on constatait, au niveau de la région traitée, de la congestion, de l'œdème et en certains points comme un léger décollement de l'épiderme.

Le lambeau est fixé au sublimé à saturation et inclus dans la paraffine.

(1) Leredde et Pautrier.

Colorations à l'hématéïne,

— l'hématéïne-éosine,

— l'hématéïne-orange 6,

— la thionine.

A un faible grossissement, les altérations dermiques paraissent peu importantes, tandis que les altérations épidermiques sont plus considérables et ont abouti à la vésiculation.

A un fort grossissement, on trouve dans le derme de l'œdème ; les faisceaux conjonctifs sont légèrement dissociés. Cet œdème s'accompagne d'une leucocytose très faible qui s'opère aux dépens des lymphocytes. On trouve des mastzellen en quantité normale. Mais le phénomène important est une prolifération des cellules fixes sans qu'il soit possible de déceler parmi elles de figure caryokinétique. Certaines cellules fixes paraissent gonflées, augmentées de volume.

Les lésions de l'épiderme sont plus importantes.

On note un peu d'acanthose diffuse. Par places, la couche de Malpighi semble légèrement épaissie. Cette couche présente en même temps un œdème intercellulaire important ; les cellules sont écartées les unes des autres et leurs filaments distendus. En certains points, cet exsudat plus abondant a refoulé les cellules disposées autour de lui, représentant ainsi une vésicule en train de se former : c'est en un mot l'état spongoïde de Unna. On observe en outre sur d'autres points, disséminés un peu partout dans la couche de Malpighi, un nou-

veau processus de vésiculation : l'altération cavitaire de Leloric, dont on peut observer différents stades.

Dans certaines cellules, l'espace clair périnucléaire est agrandi ; tandis que l'exoplasma est refoulé à la périphérie de la cellule. Parfois le protoplasma semble avoir disparu et l'on ne trouve plus qu'un noyau et quelques granulations protoplasmiques.

Enfin, dans d'autres cellules, tout protoplasma a disparu et la cellule forme une véritable petite vésicule.

Sur un autre point, on voit une vésicule déjà formée avec les cellules de Malpighi assez régulièrement disposées autour d'elle et, sur un des côtés de la vésicule, on observe une cellule déjà en partie détruite. Son noyau, entouré d'un peu de protoplasma, plonge dans la vésicule et n'est retenu à la paroi de cette dernière que par deux ou trois prolongements protoplasmiques.

En un mot, par un mélange des deux processus, on arrive au résultat suivant :

Etat spongoïde et altérations cavitaires si étroitement associés qu'il est impossible de distinguer la part qui revient à chacun d'eux.

Il s'est formé de vraies vésicules à différentes hauteurs dans la couche de Malpighi et à leur intérieur on ne trouve aucun élément figuré ; sauf, pour une vésicule superficielle, sous-jacente à la couche cornée, qui contient de rares polynucléaires.

En dehors de cet état spongoïde et de ces altéra-

tions cavitaires, on trouve encore dans la couche de Malpighi des cellules grandes, claires, pâles, qui semblent imbibées de sérosité.

La couche granuleuse est conservée, mais elle est extrêmement mince.

La couche cornée s'exfolie partiellement par places et présente un peu de parakératose. Quelques cellules cornées ont conservé leur noyau.

En résumé : Lésions inflammatoires d'intensité modérée ; dans le derme, œdème et lymphocytose faibles avec prolifération de cellules fixes ; dans l'épiderme, combinaison des deux processus : état spongoïde et altérations cavitaires aboutissant à la formation de vraies vésicules (1).

L'action des rayons lumineux se traduit donc par un ensemble de phénomènes identiques en tous points à ceux d'une inflammation. Comment, s'il en est ainsi, expliquerons-nous l'action curative de ces mêmes rayons sur l'infiltration tuberculeuse de la peau ?

Les phénomènes primitifs et essentiels de tout processus inflammatoire sont la prolifération des leucocytes, la destruction, par phagocytose et par le plasma, des substances nocives, la régénération des tissus par fixation de jeunes cellules.

Il y a donc dans toute inflammation une suractivité cellulaire, une néoformation de cellules jeunes qui prolifèrent et étouffent les tissus au sein desquels elles se trouvent. Puis ce tissu nouvellement formé

(1) Leredde et Pautrier.

s'organise, devient fibreux et englobe les tubercules dans ses mailles. Dès lors, la lésion s'arrête, cesse de s'accroître. Le tubercule, ne pouvant plus produire à sa périphérie la prolifération conjonctive ordinaire dans laquelle se développent de nouveaux tubercules, regresse et finit par disparaître.

Voilà, la chose est plus que probable, le mécanisme par lequel agissent les rayons lumineux sur les placards lupiques. C'est, à la fois, par inflammation, prolifération consécutive, en n'oubliant pas l'action microbicide, que les rayons chimiques détruisent le processus tuberculeux de la peau. Du reste, une nouvelle biopsie faite à la dernière heure, quatre jours après une séance de 15 ampères, a donné les résultats suivants qui semblent confirmer en tout point notre opinion.

Les lésions trouvées dans cette dernière biopsie sont beaucoup plus importantes que dans les précédentes ; on constate une nécrose épidermique spéciale, des altérations du derme plus intenses, une prolifération active des cellules fixes, une dilatation vasculaire considérable avec migration de leucocytes éosinophiles dans le derme, dans l'épiderme, jusque dans la couche cornée, dans les vésicules, etc. Tel est, *grosso modo*, l'aspect des tissus enlevés dans cette biopsie, examen incomplet assurément mais qui déjà laisse entrevoir le mode de régénération des tissus (1).

(1) Leredde et Pautrier.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni dans cet ouvrage neuf observations qui nous ont paru bien faites pour appuyer les assertions émises plus haut. Ces observations ont été recueillies à la Clinique du D^r Leredde par son chef de clinique, M. le D^r Pautrier, avec un soin tout particulier et une impartialité à l'abri de toute contestation. Nous avons examiné nous-même les malades qui font l'objet de ces observations et nous avons complété leur histoire au fur et à mesure que nous voyions les lésions guérir sous nos yeux. Que M. le D^r Pautrier nous pardonne si nous n'avons pas mis dans la rédaction de ces observations toute la couleur qu'il y eut mise lui-même, mais nous nous sommes surtout attaché à transcrire fidèlement la marche de l'affection et les résultats obtenus.

Ces neuf observations peuvent se répartir en trois groupes.

La première observation concerne une dame atteinte d'un vaste lupus tuberculeux incomplètement guéri à l'heure actuelle, observation cependant intéressante à deux points de vue : Le premier c'est qu'ici l'appareil Lortet et Genoud seul a été

employé. Le second c'est la multiplicité des traitements mis en œuvre au préalable et le peu de résultats qu'ils ont donné.

Nous ferons remarquer à ce propos que, dans la grande majorité des cas, les malades dont nous allons retracer l'histoire sont des malades qui ont subi, au préalable, des traitements antérieurs très nombreux. Ces interventions répétées ont amené, en plusieurs points, une modification profonde des téguments et, par place, la formation d'îlots cicatriciels qui gênaient singulièrement la pénétration des rayons lumineux.

Les observations suivantes (de II à VII) concernent des malades qui eurent, en dehors des interventions habituellement pratiquées jusqu'à ce jour (scarifications, galvanocautérisations, etc.), ont été traités simultanément par les appareils Finsen et Lortet-Genoud. On se rendra compte ainsi des avantages du second appareil sur le premier. On verra en particulier combien, d'une façon générale, les réactions sont plus vives et plus rapides avec le Lortet; on verra de même, si on compare entre eux le nombre des séances subies avec chaque appareil pour guérir les mêmes lésions ou des lésions semblables, combien ce nombre est réduit avec le second. Enfin on se souviendra que la durée de la séance avec l'appareil Finsen est de une heure, tandis qu'avec l'appareil Lortet et Genoud elle est de un quart d'heure. Ceci nous dispensera de le répéter à tout moment dans la rédaction des observations qui vont suivre.

Enfin dans un troisième groupe (observations VIII et IX) nous avons relaté l'histoire de deux malades atteints de lupus érythémateux, lésion particulièrement rebelle aux scarifications. On verra que la photothérapie permet d'obtenir dans ces cas des résultats vraiment fort encourageants. Il est vrai d'ajouter que les séances doivent être plus nombreuses qu'avec le lupus de Willan et que la guérison se fait avec moins de rapidité, mais il n'en est pas moins incontestable qu'on obtient en fin de compte la régression de la lésion et la formation d'un tissu cicatriciel.

OBSERVATION I

Lupus tuberculeux.

Madame Mal..., 40 ans.

Début il y a vingt-cinq ans par un abcès de la joue incisé. Au niveau de la cicatrice se développa bientôt une petite plaque rouge ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 et qui depuis s'est agrandie insensiblement.

La malade reste une dizaine d'années sans diagnostic et sans traitement. Il y a dix ans, en 1891, elle se décide à venir à Paris et va consulter à l'hôpital Saint-Louis. On porte le diagnostic de Lupus tuberculeux. On pratique alors des scarifications à raison d'une séance par semaine pendant trois ans. Ces interventions successives semblent amener une certaine amélioration.

Puis la malade est soignée chez elle à l'aide des mêmes scarifications à raison de trois séances par mois en moyenne, pendant quatre ans, 1894, 95, 96, 97. Le lupus paraissait alors

bien amélioré mais pour peu de temps en somme, car bientôt après, constatant le retour et la recrudescence de ses lésions, Madame Mal... alla consulter de nouveau à Saint-Louis où on la soigna par les galvano cautérisations pendant un an trois fois par semaine.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans, la malade reste sans traitement.

Actuellement on constate (fig. 5) un vaste placard ayant à peu près les dimensions de la paume de la main, occupant la

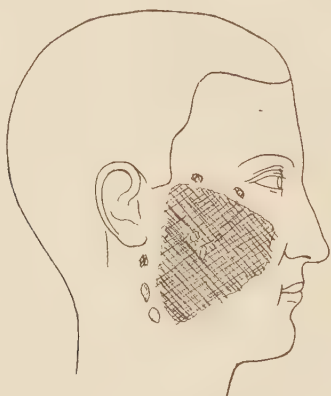


Fig. 5. — Etat des lésions avant le traitement photothérapique.

Vaste placard occupant la joue et la fosse temporale avec disséminés autour 5 lupomes de la grosseur d'une petite lentille. Au centre du placard, îlot de 3 lupomes.

joue et une partie de la fosse temporale droite à contours réguliers, de couleur rouge violet et parsemé de petits points jaune sucre d'orge de la grosseur d'un gros pois. Ces lupomes décrivent une sorte de couronne sur la périphérie du placard et forment un îlot central par agglomération de trois.

Les lésions sont planes à bords non saillants sauf au niveau de ces petits îlots jaunes, véritables petites proéminences. La surface est lisse mais parsemée de squames moyennement adhérentes. Au centre du placard tendance atrophique caractérisée par une sorte de rétraction du centre de la joue.

On note à l'œil nu la présence de petits capillaires dilatés au milieu des petits nodules jaunâtres.

A la loupe on voit un véritable plissement superficiel de la

peau dans la partie centrale du placard. Les petits îlots jaunes apparaissent proéminents assez irréguliers de forme et parcourus par de fines télangiectasies.

Par la pression à la lame de verre on constate que les petits grains sucre d'orge sont formés par la cohésion de lupomes de la grosseur d'une petite lentille entre lesquels on distingue par places des zones de coloration jaune plus pâle.

Aucune douleur ni spontanément ni à la pression.



Fig. 6. — Etat actuel des lésions.

Les parties foncées ne sont pas encore guéries. — Les parties recouvertes de hachures lâches représentent le tissu cicatriciel de néoformation. En haut, au niveau de l'apophyse zygomatique, on constate une phlyctène et vers la commissure labiale une croûte, résultant tous deux des séances photothérapeutiques précédentes.

Le traitement est commencé le 13 mai par l'appareil Lortet et Genoud.

12 juin. — Dix séances ont été faites jusqu'à ce jour par l'appareil Lortet et Genoud en plusieurs périodes entrecoupées de périodes de repos.

Actuellement on constate au centre du placard une zone très nette de tissu cicatriciel rosé fin, légèrement plissé, et sur le pourtour du placard des lésions en voie de guérison, des phlyctènes et des croûtes résultant des deux séances précédentes.

La figure ci-contre montrera mieux que toute description l'état actuel des lésions.

Huit années de traitement,
176 séances de scarifications,
96 séances de galvano-cautérisations,
tel est le bilan des traitements mis en œuvre jusqu'au jour où la malade est venue tenter la cure photothérapique.

Dix séances d'un quart d'heure chacune, un mois de traitement ont amené la guérison des lésions au point où le montre la figure 6. Encore un nombre restreint de séances et l'on est en droit de compter sur une guérison totale.

Nous croyons qu'on ne peut pas donner un plus bel exemple de la supériorité du traitement photothérapique.

Les observations qui vont suivre ont trait à des malades plus anciens, soignés d'abord par l'appareil Finsen, puis par le Lortet et Genoud à partir du mois de mai, époque à laquelle cet appareil a été installé à l'Etablissement dermatologique.

OBSERVATION II

Lupus de Willan.

Madame H..., 32 ans.

Début il y a cinq ans en 1895-96 par des douleurs à l'intérieur du nez. La malade éprouvant de la difficulté pour respirer va consulter un médecin de la campagne voisine qui porte le

diagnostic Polype nasal et badigeonne la muqueuse nasale à la teinture d'iode.

Consécutivement le nez se met à rougir et à enfler dans son ensemble; en même temps la malade constate un soulagement considérable au point de vue de la respiration, et ne ressent plus de douleurs intra-nasales.

Pendant deux ans le nez reste simplement rouge et gonflé, puis sur la narine gauche apparition d'un petit bouton d'un rouge plus foncé que le reste du nez. Ce bouton ne tarde pas à se recouvrir d'une croûte. Puis la lésion subit un accroisse-

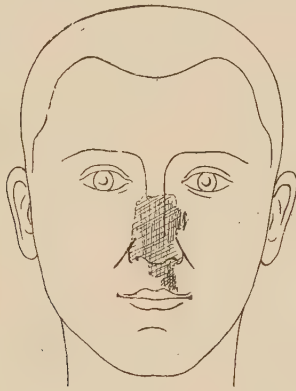


Fig. 7. — Etat des lésions avant le traitement photothérapique.

Aspect vu de face.

ment lent et progressif et de nouveaux boutons apparaissent sur la face dorsale du nez et sur la narine droite. Ces boutons deviennent à leur tour le centre de placards qui s'étendent et finissent par devenir confluents. Le nez est pris dans son ensemble depuis deux ans.

Etat actuel. — Le nez est extrêmement gonflé dans son ensemble et de couleur rouge très foncé. Les lésions occupent la totalité du nez depuis la racine.

La face dorsale, les faces latérales, les narines et les rebords narinaires ainsi que la face inférieure de la cloison sont couverts de lésions tuberculeuses.

Elles forment ainsi un vaste placard à contours irréguliers légèrement surélevé à bords saillants.

La surface est irrégulière. Par places s'élèvent des sortes de papules, de petites saillies végétantes de grosseurs variées mais généralement peu proéminentes et donnant à ces parties du placard un aspect de framboise.

Pas d'altérations regressives au centre. Par places, squames assez épaisses et même enduit croûteux. Sur la narine droite

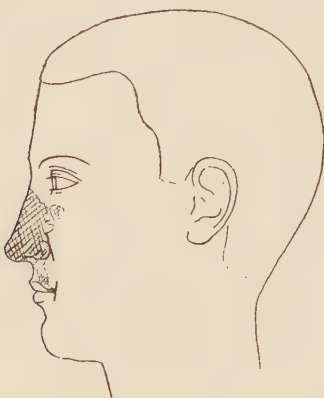


Fig. 8. — La même, vue de profil (côté gauche).

on remarque une fissure, une sorte de rhagade qui coupe horizontalement la narine.

A la loupe aucune télangiectasie, aucun lupome appréciable.

Par la pression à la lame de verre plusieurs petits lupomes sucre d'orge. Aucune douleur spontanée, douleurs assez vives à la pression.

Sur la lèvre supérieure, placard allongé s'étendant en hauteur de la cloison nasinaire en pénétrant un peu à l'intérieur des narines jusqu'au rebord cutaneo-muqueux des lèvres et recouvert en partie de squames assez épaisses.

L'examen de la muqueuse nasale n'a jamais été fait. Rien à la muqueuse buccale.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection cardiaque, mère vivante, en bonne santé.

Un frère en très bonne santé.

Un enfant mort de broncho pneumonie.

Deux enfants vivants, bien portants.

Antécédents personnels. — Santé excellente, n'a jamais été malade, n'a jamais eu aucune affection pulmonaire ou bronchique.

Etat ganglionnaire. — La malade ne se souvient pas avoir eu de ganglion dans l'enfance. Actuellement on constate des

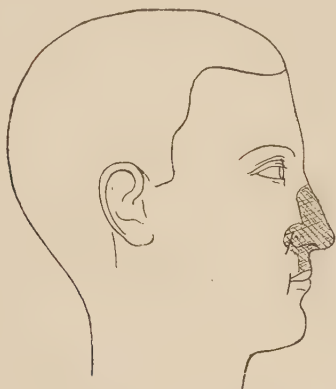


Fig. 9. — La même, vue de profil (côté droit).

ganglions cervicaux volumineux du côté gauche et un état asphyxique des mains.

Rien à signaler à l'auscultation.

Traitements antérieurs. — Cette malade n'a jamais suivi que des traitements successifs par des pommades de toutes sortes : pommade à la resorcine (10 gr. pour 45 gr. de vaseline), pommade à l'acide salicylique, pommade à la créosote, etc. Jamais on ne lui a fait ni pointes de feu ni scarifications.

Le 20 mai 1901, la malade a subi 25 séances avec l'appareil Finsen. La réaction a été d'intensité moyenne avec suintement et croûtes. Malheureusement, par suite d'une erreur commise par la malade qui pendant huit jours consécutifs applique sur la région de la pommade salicylée à 5 % au lieu des cataplasmes d'amidon ordonnés pour calmer l'inflamma-

tion, on est obligé de suspendre entièrement toute intervention. En effet, à la suite de cette application intempestive d'acide salicylique, il s'est produit une inflammation intense du nez avec exfoliation presque totale; l'épiderme enlevé partout laisse à nu une vaste plaie saignante.

La malade est donc mise au repos pendant huit jours et il lui est prescrit de maintenir en permanence sur cette plaie des pansements humides.

Le traitement est repris le 10 mai et dure jusqu'au 23 mai. Dans ce laps de temps la malade a eu 9 séances avec l'appareil Lortet-Genoud. Les réactions se sont montrées plus fortes qu'avec l'appareil Finsen. De vraies phlyctènes et des croûtes très épaisses sont apparues, toutefois les réactions ont commencé un peu plus tardivement qu'avec le Finsen.

Dès le 23 mai la malade est mise au repos. La lésion est sensiblement améliorée, le nez est très réduit, diminué de volume. L'infiltration paraît moins profonde, l'organe est plus souple. La douleur a presque complètement disparu.

L'intérêt principal de cette observation, c'est que nous sommes ici en présence d'un cas de lupus de la face qui n'a été que peu ou pas traité et qui n'a, en tout cas, jamais été soigné par les scarifications. Or, dès les premières séances d'application des rayons Fineen, la réaction photogénétique s'est accomplie, les lésions ont fortement régressé et, sans la malencontreuse erreur de la malade, elle serait aujourd'hui complètement guérie.

15 juin. — Le résultat définitif n'est pas encore obtenu, mais l'amélioration est considérable. On n'a pas encore de tissu cicatriciel, mais au lieu de ce nez bourgeonnant, déformé, présentant l'aspect d'une tomate, on a un nez qui a repris un volume tout à fait normal. Les ailes du nez et les rebords narinaux sont encore recouverts de croûtes, résultat des réactions photogénétiques des séances précédentes.

OBSERVATION III

Voici encore un cas de Lupus de Willan qui n'a subi que des traitements antérieurs insignifiants.

Madame J... vit apparaître, il y a environ un an, un petit bouton blanchâtre sur la pointe du nez puis bientôt après une tache rouge. L'accroissement d'abord très lent devint très rapide depuis deux mois. A cette époque apparurent aussi de nouvelles lésions sur le lobule de l'oreille droite.

Les différents médecins qu'elle consulta au début portèrent le diagnostic d'Eczéma et la traitèrent, les uns par des compresses de sublimé, les autres par des pommades à l'oxyde de zinc et autres substances dont la malade n'a pas conservé le souvenir.

Il y a deux mois, c'est-à-dire au moment où la lésion subit la recrudescence indiquée plus haut, le diagnostic de Lupus fut enfin porté et la malade envoyée à Saint-Louis. On ne lui fit, dit-elle, aucune prescription à ce moment. Le traitement photothérapique fut essayé chez elle le 26 février 1901.

Etat actuel. — Petit placard lupique circonscrit de la pointe du nez, forme arrondie, contours assez réguliers, couleur rouge foncé. Les lésions sont absolument planes. Pas de saillie des bords, pas d'altérations régressives au centre, pas de squames apparentes. — A la loupe on distingue par places quelques petites squames très fines et un état plissé chagriné de la peau sur le pourtour du placard.

Par la pression à la lame de verre on distingue quelques petites macules rougeâtres et quelques petits lupomes couleur sucre d'orge très petits (cinq à six). Au toucher sensation chagrinée un peu râpeuse; il est impossible de distinguer une infiltration véritable. Indolence absolue, pas de douleur à la pression.

Sur le rebord du lobule de l'oreille droite, petit placard

allongé de couleur rouge foncé, légèrement squameux, présentant à la pression des macules rougeâtres et deux petits lupomes sucre d'orge.

En somme, diagnostic : Lupus tuberculeux superficiel.

Les antécédents pathologiques héréditaires et personnels sont nuls.

Toutefois à signaler dans l'enfance de la malade de nombreux ganglions cervicaux dont un a suppuré. Actuellement il est impossible de constater le moindre ganglion.

Les joues présentent à l'état permanent une couleur rouge foncé sur toute leur surface et un fin lacis de capillaires dilatés.

Le 13 mars 1901. — Neuf séances ont été faites avec l'appareil Finsen sur l'extrémité du nez, réaction photogénétique modérée, pas de phlyctènes, suintement très peu abondant, mais la rougeur augmente et on note l'apparition de croûtelles brunâtres.

Le 18 avril. — La malade revient après avoir subi une nouvelle série de huit séances (soit au total 17) et après trois semaines de repos.

L'amélioration est très considérable. L'extrémité du nez est toujours très rouge, mais il faut constater que c'est la coloration habituelle du visage de la malade dans son ensemble. Le nez a considérablement diminué ; il a repris son volume normal. On ne trouve plus trace du placard qui occupait l'extrémité du nez, la peau a repris toute sa souplesse. A la loupe on ne constate pas de télangiectasie. Par la pression à la lame de verre on ne distingue aucune macule rouge persistante et on ne trouve plus qu'un petit lupome sur la narine droite.

L'oreille est également à peu près guérie, elle a repris sa couleur et son épaisseur normales et la peau a retrouvé toute sa souplesse. On ne distingue plus rien ni à l'œil nu, ni à la loupe.

Le nez qui était très douloureux n'est plus du tout sensible. La malade n'a conservé que quelques démangeaisons.

La malade après avoir fait six nouvelles séances du 18 au 24 avril est restée au repos jusqu'au 17 mai. A cette date

l'amélioration est complète et on pourrait croire à une guérison définitive si l'extrémité du nez n'avait conservé une teinte violacée et n'était toujours le siège de quelques fourmillements.

La malade reprend le traitement avec l'appareil Lortet et Genoud.

5 juin. — La malade a eu quatre séances d'un quart d'heure. Deux séances à dix ampères et deux à quinze ampères. Elle revient après un repos de huit jours. Le nez a repris une couleur absolument normale. La malade ne ressent plus aucun fourmillement. La pression à la lame de verre et l'examen à la loupe ne révèlent plus rien d'anormal.

Les lésions de l'oreille ont également complètement disparu. Il n'en reste aucune trace ; la peau est lisse, souple, pâle.

Voilà donc une malade que l'on peut considérer comme guérie. A la place de son lupus s'est installé un tissu cicatriciel qui est bien un tissu de guérison de la tuberculose. Or quelle a été la durée du traitement chez cette malade ? Les séances ont commencé au début de mars 1901 et, dès le 17 mai, son amélioration est telle qu'on peut la regarder comme presque guérie. Par simple mesure de précaution, on lui fait cependant quatre nouvelles séances avec l'appareil Lortet et Genoud, et l'état du nez de cette malade est si beau qu'on ne se douterait pas de l'existence antérieure d'un lupus à ce niveau. Il est difficile de croire que meilleur résultat aurait été obtenu par d'autres méthodes. De plus, la douleur comme toujours a été absolument nulle.

OBSERVATION IV

Lupus de Willan.

Mademoiselle Mau..., 14 ans, voit apparaître en octobre 1900, un petit bouton rouge au niveau de l'angle du maxillaire inférieur du côté gauche. A ce point existait une cicatrice d'un gangliou suppuré, ouvert spontanément.

Le petit placard lupique développé à ce niveau ne tarde pas à s'accroître comme le fait une goutte d'eau sur toute la périphérie.

Les antécédents pathologiques héréditaires et personnels sont absolument nuls.

Ganglion sous-maxillaire droit suppuré, apparu le 15 novembre 1900, ouvert au thermocautère le 25 janvier 1901.

Etat asphyxique prononcé des mains. Pas de traitements antérieurs.

Etat actuel. 2 février 1901. — Petit placard de lupus typique siégeant un peu au-dessus de l'angle du maxillaire gauche. Le placard est ovalaire dans son ensemble, à bords irréguliers, de couleur rouge sombre. Ces bords sont légèrement en saillie de couleur plus foncée tandis que le centre du placard est légèrement déprimé et présente une desquamation formant un enduit squameux assez épais, mais peu adhérent. Sur tout le pourtour, série de petits lupomes couleur sucre d'orge apparaissant par la pression à la lame de verre. A la loupe le centre du placard semble devenu le siège de lésions régressives. Aucune télangiectasie.

Série de petits lupomes aberrants disséminés surtout à la partie supérieure du placard au milieu d'une zone de rougeur diffuse.

Infiltration assez nette et sensibilité à la pression.

Un peu au-dessous du premier placard, sur le rebord du maxillaire, petit placard aberrant de la grosseur d'un pois.

Traitement photothérapique commencé le 1^{er} février.

8 février. — La malade a eu jusqu'aujourd'hui sept séances de photothérapie avec l'appareil Finsen. Les premières réactions photogénétiques ont été lentes à se produire et n'ont apparu que deux ou trois jours après. Les réactions des séances suivantes ont été plus franches : œdème, rougeur, petite phlyctène en deux points. Suintement séreux et croûtes. La malade est mise au repos pour dix jours.

18 février. — La malade revient très améliorée. Les lupomes disséminés à la partie supérieure du placard ont disparu ; l'érythème a considérablement diminué. On recommence



Fig. 16. — Etat des lésions avant le traitement photothérapique.

Petit placard à l'angle du maxillaire. Autour, série de petits lupomes.

une nouvelle période de traitement, l'état cicatriciel n'étant que partiel.

23 février. — Cinq nouvelles séances : réactions assez nettes mais beaucoup moins fortes que lors de la première période du traitement.

14 mars. — Après un repos de dix jours la malade revient très améliorée, mais la cicatrisation n'est pas encore complète. On observe encore trois petits lupomes à la partie supérieure et visibles à l'œil nu. On fait six nouvelles séances de une heure chacune. Les réactions photogénétiques sont assez franches cette fois. Mise encore au repos pendant huit jours.

15 mai. — La malade revient après s'être reposée encore un mois environ. A vrai dire l'état des lésions est encore le même que le 14 mars, c'est-à-dire une guérison à peu près complète mais sans tissu cicatriciel bien net.

On fait six séances avec le Lortet et Genoud, dont quatre séances ordinaires à quinze ampères pendant quinze minutes, plus deux séances de quinze ampères pendant vingt minutes. Nouvelle période de repos.

La malade revient le 10 juin. Cette fois encore l'aspect des lésions ne paraît pas avoir changé. Il semble qu'on ait affaire à une guérison définitive, mais sans formation nette de tissu cicatriciel. La malade part pour la campagne pendant trois mois.

OBSERVATION V

Lupus de Willan.

M. La..., 45 ans.

La lésion débute en 1894 par une tache violacée avec œdème de l'extrémité du nez simulant une engelure. Desquamation à ce niveau.

Le malade consulte alors à Luxeuil. On ne porte pas de diagnostic et on prescrit :

Glycerolé d'amidon, pommade à l'oxyde jaune, piqures d'acide lactique.

Pendant ce temps les lésions s'agrandissent très lentement du côté droit.

Le malade consulte à nouveau. On le traite alors pour de l'eczéma : pommade à l'oxyde de zinc et nez en caoutchouc. A ce moment il commence à se produire un suintement assez abondant au niveau des lésions. Changement alors dans le traitement. On emploie la poudre d'aristol.

Les lésions continuent à s'étendre surtout à droite ; des ulcérations apparaissent sur le rebord narinaire droit et de l'œdème généralisé à tout le nez.

A ce moment le malade se décide à aller consulter à Saint-Louis, où on porte le diagnostic d'acné rosé. Le traitement consiste en compresses d'eau bouillie en permanence nuit et jour, puis pommade à l'oxyde de zinc.

M. La... revient consulter à Saint-Louis deux mois après. On lui ordonne cette fois l'enveloppement caoutchouté, puis le traitement change brusquement et on commence des séances de galvanocautérisation.

Le patient subit trente de ces séances en deux ans avec

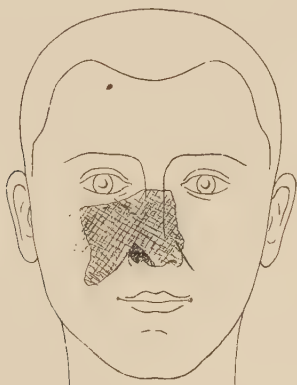


Fig. 11. — Etat des lésions avant le traitement photothérapique.

Vaste placard lupique occupant tout le nez, face dorsale et faces latérales, et empiétant sur la joue droite. Sur la narine droite (en noir), ulcération.

des cautérisations au nitrate d'argent sur les ulcérations du rebord narinaire.

M. La... tente la cure phototérapique le 20 mars 1901. Depuis trois mois que tout traitement a été délaissé il s'est produit une poussée nouvelle.

Etat actuel. — Les lésions occupent actuellement tout le nez dans toute sa hauteur, face dorsale et faces latérales, et s'étendent du côté droit en formant une large bande qui occupe le dessous de l'œil et la pommette.

Ces lésions sont caractérisées par une coloration rouge violacée très foncée qui n'est pas complètement uniforme. On observe en effet, disséminés dans l'ensemble du placard

nasal, de petits points blanchâtres séparés par des parties rouge pourpre. Les bords ne sont pas surélevés. Aucune altération régressive du centre. Sur la partie du placard qui recouvre la pommette on note la présence de quelques points légèrement proéminents comme de petites papules.

Le rebord narinaire droit est ulcéré avec perte de substance. Le rebord de cette narine descend un peu moins bas que le bord de la narine opposée. Cette narine est en outre déformée, complètement aplatie, rétractée avec rétrécissement considérable de l'orifice narinaire. Cette rétraction s'est produite surtout depuis la galvanocautérisation

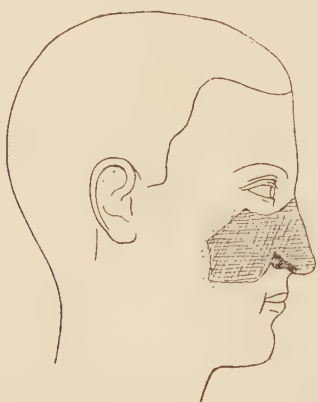


Fig. 12. — Le même, vu du côté droit.

A la loupe on reconnaît la présence de quelques télangiectasies et une dilatation des orifices des glandes sébacées sur la pointe du nez et de la narine.

Par la pression à la lame de verre on découvre des macules couleur rouge pourpre, des capillaires dilatés et des lupomes sucre d'orge assez nombreux disséminés au milieu des lésions, surtout sur la face gauche du nez.

Par la pression du doigt on sent la mollesse caractéristique du lupus tuberculeux. Aucune douleur spontanément ; parfois sensation de prurit, de chatouillement. Douleur très modérée à la pression.

Antécédents. — Mère morte phthisique à 36 ans.

Antécédents personnels. — Congestion pulmonaire il y a quinze ans. Depuis plusieurs années toux sèche tous les hivers. Amaigrissement depuis quatre à cinq ans, parfois quelques sueurs nocturnes. Jamais d'enfants.

Etat ganglionnaire. — Ne se souvient pas avoir eu des ganglions dans l'enfance. Actuellement petit ganglion sous-maxillaire gauche. Engelures dans l'enfance. Tous les hivers le bout du nez et les oreilles deviennent très rouges. Souffre toujours de froid aux pieds.

9 avril. — M. La... revient après une semaine de repos, consécutive à une période de dix séances de photothérapie avec le Finsen. Les réactions étaient très tardives et ne se produisaient que trente-quatre à quarante-huit heures après l'application. Il y a eu une seule fois formation de phlyctène. Les autres séances ne déterminaient qu'un suintement modérément abondant, un peu d'œdème et la formation de croûtes assez minces.

Après cette période de repos, toute trace de ces faibles réactions a disparu, mais on ne constate pas une amélioration très marquée. Il y a pourtant un peu de décoloration des parties traitées. La pointe du nez est un peu plus pâle que la partie supérieure. Du côté des rebords narinaires, on note une amélioration caractérisée par la cicatrisation des ulcérations qui s'y étaient produites.

Sur la face droite du nez quelques points nouveaux ont apparu. On note à l'œil nu quelques macules rouge foncé et quelques lupomes visibles à l'œil nu si l'on prend soin de tendre la peau entre deux doigts.

Du côté de la joue droite, état congestif des lésions qui sont de coloration moins foncée et dans lesquelles on note la présence de capillaires plus dilatés.

27 avril. — Le malade a eu depuis la reprise du traitement douze séances de une heure et trois de deux heures. Les séances de une heure ont porté sur le placard jugal et sur les deux faces du nez. Les réactions ont été très modérées et caractérisées par une simple rougeur. Sur le dessus du nez, réaction également très modérée. Les trois séances de deux heures ont porté sur les rebords narinaires. Les réactions

photogénétiques ont été ici assez vives : rougeur, œdème, suintement séreux abondant.

Mis au repos en attendant le nouvel appareil Lortet et Genoud, le malade revient treize jours après. La poussée, qui avait semblé vouloir gagner la partie supérieure du nez, semble arrêtée. On ne note pas d'amélioration marquée au niveau des autres lésions.

Le traitement par le Lortet et Genoud est commencé le 10 mai.

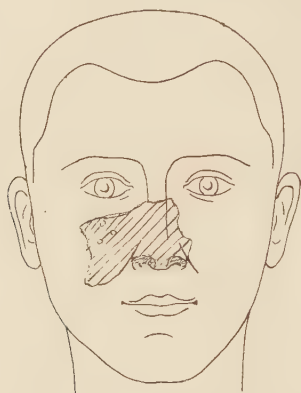


Fig. 13. — Etat actuel.

Les hachures lâches représentent le tissu cicatriciel. Sur le rebord des deux narines, croûtelles de réaction. Sur la joue droite, 3 petits îlots douteux.

14 juin. — Vingt et une séances de Finsen ont été faites avec le Lortet et Genoud. Séances entrecoupées d'intervalles de repos. Actuellement l'état est aussi satisfaisant que possible. Toute la surface dorsale du nez, depuis la partie supérieure jusqu'au lobule y compris, est recouverte d'un tissu cicatriciel blanc rosé. Les ailes du nez, elles aussi, sont recouvertes en majeure partie par du tissu cicatriciel aussi beau, aussi peu visible que celui de la face dorsale.

Les rebords narinaux seuls ne sont pas encore totalement guéris ou, du moins, on n'en peut rien dire encore, attendu que ces points sont en pleine réaction, recouverts de croûtelles jaunâtres. En tout cas l'atrésie des orifices narinaux n'a aucunement augmenté. Sur la joue droite on note encore

quelques petits îlots, d'aspect un peu rouge, de la grosseur d'une petite lentille et au nombre de trois ou quatre.

En somme la guérison est presque définitive. Encore quelques points à toucher et la lésion lupique aura entièrement disparu. Ajoutons que dès maintenant (*les réactions des rebords narinaires n'étant pas visibles de face*) l'aspect de la face est tel que, même à une distance de un mètre, il est impossible de se douter de la préexistence d'une lésion quelconque à cet endroit.

OBSERVATION VI

Lupus tuberculeux.

Madame Lab..., 47 ans.

A l'âge de 18 ans, c'est-à-dire il y a vingt-neuf ans, à la suite d'un érysipèle de la face apparurent une série de boutons qui, à Saint-Louis, furent diagnostiqués comme étant de l'impétigo malin. Soignée à cette époque par des applications de teinture d'iode, puis des applications d'huile de cade, le mal parut s'enrayer. La malade, dans les années qui suivirent, constata alors des alternatives de mieux et de poussées nouvelles. Durant ce laps de temps la malade ne suivit aucun traitement. Enfin plusieurs années après, Madame Lab... alla consulter un médecin homéopathe qui la soigna pendant six mois. Le traitement suivi aurait amené une guérison apparente???

De nouveau alternatives d'améliorations et de rechutes, enfin aggravation des lésions depuis quatre ou cinq ans. « *Le médecin ordinaire conseillait de ne plus rien faire, prétendant que tout ce que l'on ferait n'aurait qu'un effet : celui d'aggraver le mal.* »

Lasse enfin de cet état, la malade va, en janvier 1900, consulter à l'hôpital où on lui conseille le curettage. — Refus de la malade.

Au mois de février 1900, sur le conseil d'un de ses médecins, la malade commence le traitement photothérapique.

Du mois de février 1900 jusqu'en janvier 1901, la malade a eu cent quarante-cinq séances de photothérapie.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer à l'estomac, mère très bien portante. Six frères et sœurs morts : quatre en bas âge (cause inconnue), un frère mort à la suite de pleurésie, une sœur morte « de la poitrine » à 22 ans.

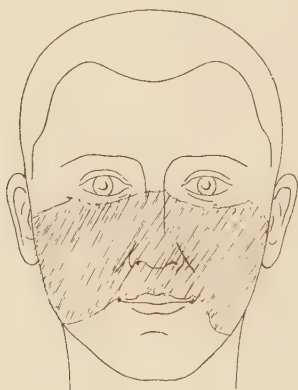


Fig. 14. — Etat des lésions au début du traitement.

Antécédents personnels. — Santé toujours très bonne jusqu'il y a trois ans. A ce moment, abcès froid à l'extrémité inférieure de la cuisse droite et ablation d'un séquestre. Jamais de pleurésie, ni hémoptysie, ni toux. Toujours bien réglée. Pas de leucorrhée.

Pas de ganglions. Jamais d'engelures.

Le 26 janvier 1901, la malade commence le traitement par la photothérapie. On constate alors un vaste lupus occupant le nez, la lèvre inférieure et les joues tout entières avec atrophie du nez et rétraction de la lèvre supérieure.

Les lésions présentent le même caractère sur les deux joues. A leur partie centrale, on remarque une bande de tissu cicatriciel blanc, hypertrophique, légèrement chéloïdien, dû aux séances précédentes de photothérapie. Le reste des joues

est d'une coloration rouge foncé, lisse sur la joue droite, tandis que la joue gauche et le nez sont le siège d'une desquamation sous forme de squames fines, abondantes, non adhérentes, tombant avec la plus grande facilité. De place en place, sur le fond rougeâtre des joues, on remarque de petites macules d'un rouge plus foncé qui semblent le siège d'une poussée plus active. Le nez ne fait presque plus de saillie par suite de son atrophie et de l'œdème considérable des joues et des replis naso-géniens. Les narines ont disparu et les orifices narinaires sont considérablement rétrécis ; l'orifice gauche est particulièrement étroit, au point de faire craindre qu'il ne s'obstrue complètement.

La lèvre supérieure est également atrophiée et rétractée.

On note une tuméfaction presque générale de la face ; l'œdème est généralisé aux joues, aux faces latérales du nez, au-dessous des yeux. A la pression on a la sensation d'une infiltration profonde.

14 février 1901. — La malade a eu jusqu'à aujourd'hui six séances de photothérapie, dont quatre sur la joue droite et deux sur la gauche.

Les deux premières séances faites près de l'œil droit ont produit une réaction très forte avec phlyctène. Les deux suivantes ont également produit une réaction très forte suivie d'une petite ulcération. Les deux séances sur la joue gauche ont déterminé aussi la formation d'une petite ulcération que la malade a dû infecter dans la suite, car elle a aujourd'hui un petit ganglion engorgé à l'angle du maxillaire droit et accompagné de vives douleurs.

On fait la dilatation de la narine gauche par une tige de laminaire.

20 mai 1901. — Du 14 février au 20 mai, la malade a eu trente-neuf séances avec l'appareil Finsen et dix avec l'appareil Lortet-Genoud. Toutes ces séances ont porté sur des points disséminés, sur les joues, les lèvres, le nez, suivant qu'un point paraissait en pleine activité. Les réactions étaient assez fortes : phlyctènes, croûtes. La malade présentait, vers le 5 mai, un état très amélioré. Le visage était presque décoloré ; l'œdème avait disparu. Mais depuis quinze jours la malade

a eu une nouvelle poussée, l'œdème des joues, du pourtour du nez a reparu et la figure entière a repris une couleur violacée. Cette poussée va décroître, dit la malade, à cause de l'apparition d'un prurit qui a toujours accompagné les poussées précédentes.

Les réactions sont extrêmement fortes avec l'appareil Lortet-Genoud, plus encore qu'avec le Finsen : phlyctènes volumineuses, croûtes très épaisses.

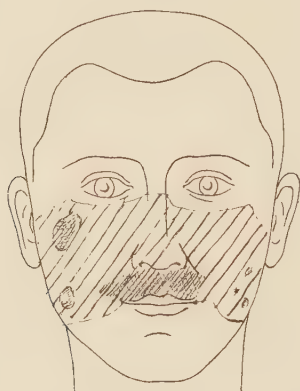


Fig. 15. — Etat actuel des lésions.

Les parties foncées représentent les points recouverts actuellement de croûtes dues aux dernières séances de photothérapie.

15 juin. — Actuellement, après vingt nouvelles séances de Lortet et Genoud, l'aspect de la figure est fortement amélioré. Les tissus ont repris sur presque toute l'étendue de la lésion un aspect normal et comme coloration et comme volume. On constate que l'immense placard qui recouvrait la totalité de la figure est parcouru en tous points et en tous sens par des bandes, des traînées de tissu cicatriciel. Ce tissu, en certains points, est légèrement hypertrophique mais en somme le résultat général est aussi beau qu'il est possible de le souhaiter en présence d'une lésion aussi ancienne accompagnée d'une infiltration aussi profonde (30 ans) que chez cette malade.

OBSERVATION VII

Lupus tuberculeux.

M. P..., 69 ans.

Début des lésions il y a vingt-cinq ans, par une petite tache rouge survenue peu à peu, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, qui s'ulcéra et se recouvrit d'une croûte plusieurs fois arrachée par le malade.

M. P... consulta à Rouen et pendant plusieurs années le diagnostic resta en suspens. Comme traitement on appliqua des pommades variées. Il vint ensuite à Paris en 1896 où on porta le diagnostic de Lupus. Les lésions occupent à ce moment toute la tempe. On conseilla l'ablation que le malade refusa. Retour à Rouen à ce moment. La paupière supérieure cette fois est envahie. On fit alors à Rouen pendant deux ans des séances de scarifications et de galvanocautérisations (1 fois par mois environ). Pendant tout ce temps le lupus progressait lentement. Ayant entendu parler de la photothérapie, le malade vint se soumettre au traitement le 21 avril 1901.

Etat actuel. — Vaste lupus occupant la fosse temporale gauche dans sa totalité, ainsi que les paupières inférieure et supérieure et envahissant la joue gauche.

Lupus à peu près plan, à bords lisses assez réguliers, sans altérations régressives au centre. Couleur rouge foncé mais qui n'est pas uniforme. L'aspect du placard est marbré par la juxtaposition de zones foncées et de zones plus pâles. La peau apparaît lisse, tendue, fine ; par places on note la présence d'ulcérations recouvertes de croûtes noirâtres, sur le bord desquelles on fait sourdre quelques gouttes de pus par la pression. Une de ces ulcérations qui siège au-dessus du sourcil, assez creuse, à bords irréguliers, saigne facilement et même assez abondamment dès qu'on y touche. Les deux tiers externes du sourcil sont détruits ; on note à ce niveau la présence d'une petite tuméfaction.

Dans l'ensemble de tout le placard, on note à l'œil nu la présence de capillaires dilatés assez volumineux. La limite inférieure du placard du côté de la joue est marquée par une bande de tissu semi-cicatriciel tout à fait décoloré et au delà duquel sont apparus récemment quelques nodules. Ce tissu cicatriciel est apparu à la suite des scarifications et galvano-cautérisations.

A la loupe, on constate la présence de nombreuses téléangiectasies et par places de véritables petits foyers hémorragiques, siégeant très probablement à la surface du derme.

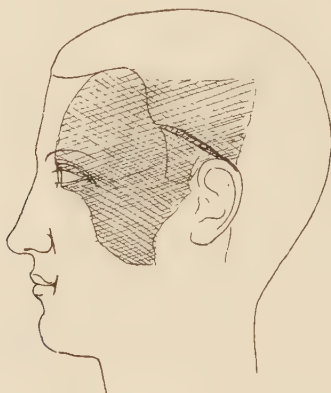


Fig. 16. — Etat des lésions au début du traitement.

Vaste placard occupant toute la fosse temporale, les paupières et la joue. Au-dessus de l'oreille, bourrelet épithélial sur lequel a été pratiquée une biopsie.

Par la pression à la lame de verre on constate en certains points et surtout au niveau de la tuméfaction qui recouvre le sourcil de véritables amas de lupomes couleur jaune et de dimensions très petites.

Par la pression au doigt, on constate une infiltration assez profonde et l'on sent la mollesse caractéristique du lupus tuberculeux.

Les lésions sont le siège de sensations douloureuses spéciales que le malade caractérise par l'expression : « Cela me dévore. »

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ni personnels dignes d'être notés. Le malade était sujet aux engelures dans l'enfance et est très sensible au froid aux pieds.

Une fois que des pansements humides appliqués plusieurs jours ont fait tomber toutes les croûtes on aperçoit plusieurs ulcérations semblables à celle qui siège au-dessus du sourcil. Une d'elles près de l'angle externe de l'œil, profonde de près de un demi-centimètre, est à fond assez régulier; les bords ne sont ni taillés à pic ni décollés mais s'unissent insensiblement au fond.

Au-dessus de l'oreille on note une autre ulcération allongée transversalement contournant le rebord d'insertion du lobe de l'oreille, longue d'environ trois centimètres et haute de

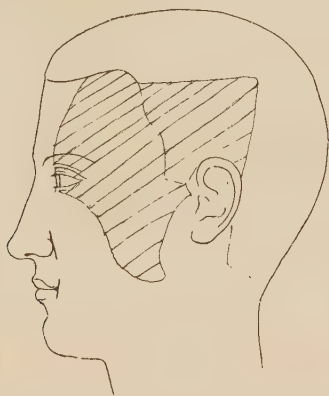


Fig. 17. — Etat actuel.
Guérison complète. Tissu cicatriciel.

un centimètre, à fond assez irrégulier et limitée par un bourrelet saillant taillé un peu à pic. Toutes ces ulcérations saignent facilement. L'aspect de ce bourrelet, laissant quelques doutes sur sa nature, on fait une biopsie au niveau de l'ulcération qui siège près de l'oreille.

5 mai 1901. — L'examen microscopique pratiqué sur le lambeau enlevé précédemment a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé absolument typique.

16 mai. — Le malade a eu treize séances avec l'appareil Finsen. Les réactions étaient d'intensité moyenne : rougeur et suintement.

Il y a eu sept séances avec l'appareil Lortet-Genoud. Les deux premières séances ont produit une réaction intense avec phlyctène volumineuse; les réactions suivantes sont beaucoup plus modérées.

A la suite de toutes ces séances et des pansements humides il s'est produit une sorte de macération. L'épiderme a disparu par grands lambeaux. On se trouve en présence d'une vaste ulcération partiellement recouverte d'épiderme et limitée sur tout le rebord temporal par un bourrelet saillant semblable à celui qui limitait l'ulcération temporale.

15 juin. — Le malade vient de terminer sa dernière cure au Lortet et Genoud, ce qui fait arriver à vingt-neuf le nombre total des séances avec cet appareil. La guérison du lupus est complète sur toute son étendue. Quant au bourrelet épithélial qui s'étendait de la partie postérieure de l'oreille à la fosse temporale il est, lui aussi, guéri dans toute son étendue. L'ulcération qui existait à la partie postérieure du bourrelet est cicatrisée; mais sous l'épiderme, à cet endroit, on constate encore quelques petites perles épithéliales, indices que le néoplasme est encore vivant à ce niveau.

OBSERVATION VIII

Lupus érythémateux.

Madame Fa..., 36 ans.

L'affection a débuté en janvier 1897 par de la rougeur diffuse du nez, une hypertrophie assez notable de l'organe et un prurit intense.

Traitée successivement par le savon noir, puis par les pointes de feu (2 séances), puis par la haute fréquence, en 2 séries successives, la première ayant duré six à huit mois, la seconde cinq mois (trois fois par semaine), enfin par les

scarifications (25 à 30 séances), la malade vint à l'Etablissement dermatologique en octobre 1900.

On constate alors un lupus érythémateux typique du nez avec rougeur diffuse, squames, arborisations-vasculaires.

Comme antécédents pathologiques on note : des ganglions retro-auriculaires ; dans l'enfance, des rhumes fréquents et une fièvre typhoïde à l'âge de 27 ans.

La mère de la malade est morte de congestion pulmonaire à 45 ans après un mois de maladie. Un de ses frères est

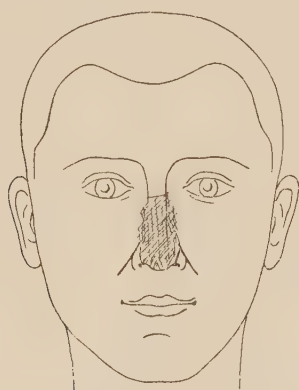


Fig. 18. — Etat des lésions avant le traitement photothérapique.
(Lupus Erythémateux.)

mort de (?), enfin elle a trois enfants dont une fille de santé délicate, rhumatisante.

Le lupus déjà fort amélioré au bout de 14 séances présente, à la date du 10 décembre, l'aspect suivant :

L'amélioration très évidente se caractérise par la diminution de la rougeur des squames et par la disparition presque complète des télangiectasies. Les démangeaisons persistent encore mais extrêmement réduites.

28 décembre 1900. — La malade qui avait été mise au repos pendant dix jours vient de terminer une seconde période de traitement de 20 séances. Comme réactions photogénétiques elle n'a jamais présenté la formation de véritables phlyctènes,

mais les lésions autrefois extrêmement sèches et squameuses sont aujourd'hui humides ; il se fait à leur niveau une sorte de suintement séreux avec formation par endroits de petites croûtelles jaunâtres ou brûnâtres. Petites squames légères aux autres endroits.

Le nez est uniformément augmenté de volume d'une couleur rouge sombre. La sensibilité autrefois très vive au niveau du nez et qui rendait très douloureux le moindre frôlement de cet organe, a notablement diminué. Les démangeaisons très vives également jusqu'au début du traitement photothérapique et qui étaient devenues un véritable tourment pour la malade ont considérablement diminué.

L'examen de la muqueuse nasale a été fait au début de 1900 par le Dr Cuvilhier qui a déclaré n'avoir rien trouvé.

Le 14 janvier, après la nouvelle période de repos prescrite, la malade revient faire une nouvelle cure. A ce moment on note une amélioration sensible et une diminution de volume du nez, disparition de la rougeur, coloration à peu près normale et disparition des squames. La partie moyenne a un aspect demi-cicatriciel et une coloration blanchâtre. A la loupe elle apparaît irrégulière, plissée, chagrinée. La partie inférieure, la pointe du nez, est encore rouge et présente à la loupe quelques arborisations vasculaires très fines. La sensibilité du nez est toujours fort diminuée.

La malade a eu du 14 au 23 janvier, 9 séances de deux heures. Les réactions photogénétiques sont très lentes, elles ne surviennent en général que vingt-quatre heures après la séance. A deux reprises même, elles n'ont apparu que deux jours plus tard. Elles sont très modérées. ni phlyctène, ni œdème ; une simple rougeur, un suintement séreux et la formation d'un enduit croûteux très mince.

La sensibilité a presque disparu.

Le 9 février 1901, la malade a eu 15 nouvelles séances de photothérapie. Les réactions sont toujours très lentes et ne se produisent que quarante-huit heures après l'intervention. Elles ont même encore diminué d'intensité. On ne constate plus la formation de phlyctènes mais seulement de la rougeur, un gonflement du nez dans son ensemble, un suintement séreux et des croûtes. On met la patiente au repos pour vingt-cinq jours.

La malade revient le 7 mars et on note à ce moment une amélioration telle qu'on l'avait déjà notée le 14 janvier, c'est-à-dire : une diminution de volume du nez, la disparition des squames, la couleur revenue à la normale, et du tissu en voie de cicatrisation à la partie supérieure. Cette zone affaissée, décolorée, plissée, qui donne l'impression de tissu en train de se cicatriser, est peut-être un peu plus étendue vers le bas qu'au mois de janvier, mais la pointe du nez est toujours rouge et présente quelques macules à la pression.

Du 7 au 27 mars, la malade a eu 16 séances de deux heures sur l'extrémité du nez. Ces séances n'ont produit que des réactions photogénétiques très faibles, à peine un peu de rougeur et un suintement qui a été un moment très abondant à la pointe du nez.

Nouveau repos de deux mois et Madame Fa... revient le 20 mai guérie en apparence, mais on n'a pas encore obtenu la formation d'un véritable tissu cicatriciel. Le nez est pâle, de couleur normale, mais la malade ayant remarqué qu'il rougissait de temps en temps on recommence le traitement par l'appareil Lortet et Genoud.

3 juin. — La malade a eu jusqu'aujourd'hui 10 séances d'un quart d'heure et vient d'avoir une semaine de repos. Elle se plaint de démangeaisons assez vives au niveau du nez.

12 juin. — La malade a eu, par mesure de prudence, trois nouvelles séances de vingt minutes. Elle est aujourd'hui en pleine réaction et on l'a mise au repos définitif. On peut la considérer comme guérie dès aujourd'hui. Elle ne reviendra que dans six mois montrer le résultat définitif.

OBSERVATION IX

Lupus de Cazenave.

Mademoiselle Na....

L'affection a débuté il y a douze ans par de petits boutons réunis peu à peu en un placard ayant occupé simplement le nez.

Elle fut traitée à cette époque à Saint-Louis par des pointes de feu pendant un an (une fois par semaine), et par des scarifications pendant six mois, une fois également par semaine.

Ce traitement n'ayant pas donné de résultat, la malade s'en fut trouver un médecin qui lui fit :

20 applications de créosote ;

Des piqûres locales au chlorure de zinc ;

1 application de microcidine suivie d'un érysipèle ayant amené une disparition complète du lupus qui reste silencieux pendant cinq ans.

Une nouvelle poussée se produit alors il y a trois ans débutant sur la pommette droite par un petit nodule. Les lésions gagnèrent rapidement le nez et la joue gauche.

Mademoiselle N... fut traitée à cette époque par son médecin qui lui fit environ quarante injections intraveineuses d'oxycyanure de mercure et trois ou quatre badigeonnages d'acide pyrogallique.

Puis, par des courants de haute fréquence : trente-six séances.

Puis, à l'hôpital, pendant cinq mois, à raison de trois séances en une semaine, également par des courants de haute fréquence.

Puis, chez elle, trente injections de cacodylate de soude.

Enfin, le 17 novembre 1900, Mademoiselle N... se décida à essayer le traitement photothérapique.

12 décembre 1900. — La malade a aujourd'hui subi vingt-deux séances par les rayons Finsen. On constate à ce moment

un placard central occupant le nez et, symétriquement de chaque côté de la face des placards semblables occupant les régions malaires et mastoïdiennes.

Le placard central occupe la partie dorsale du nez sur presque toute sa hauteur empiétant légèrement sur la face droite de l'organe et occupant la moitié de sa face gauche.

Ce placard est à contours irréguliers, légèrement surélevés, à bords saillants ; il est de coloration rouge clair et recouvert par places de squames assez minces, blanchâtres. En certains endroits il s'est produit une sorte d'affaissement et il semble

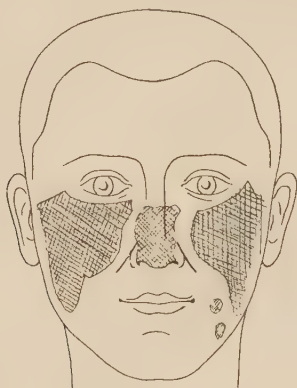


Fig. 19. — Etat des lésions avant le traitement photothérapique.
Lupus Erythémateux occupant le nez et les deux joues. Vu de face : En bas et à gauche deux petits placards aberrants.

qu'il se produise à ce niveau des altérations régressives. Le rebord droit du placard est constitué par une bande de tissu ayant l'apparence de tissu cicatriciel affaissé, de coloration blanchâtre ; sur le reste, la peau est mince, très fine, rosée par places, et de ci de là des squames épaisses. Pas de télangiectasie apparente. Au toucher l'infiltration apparaît très superficielle. Les lésions ne donnent pas une impression de sécheresse, mais au contraire une sensation douce, presque savonneuse. L'indolence est tout à fait complète.

On ne peut plus se rendre compte de l'état des placards qui, symétriquement, recouvrent les deux joues. Ils ont déjà été soumis au traitement et sont en pleine réaction, recouverts de croûtes.

Sur l'oreille droite on constate un petit placard allongé, occupant le rebord postérieur du lobe et recouvrant en partie le lobule de couleur rouge sombre et recouvert de squames assez épaisses. Au toucher on éprouve une sensation de sécheresse et d'infiltration.

Placard symétrique sur l'oreille gauche, mais moins étendu et occupant simplement le rebord postérieur du lobe, dans sa partie inférieure même aspect que le placard de l'oreille droite. Aucune douleur ni spontanée ni à la pression.

La santé générale a toujours été bonne. Aucun antécédent personnel à constater. La malade est toujours bien réglée. Un

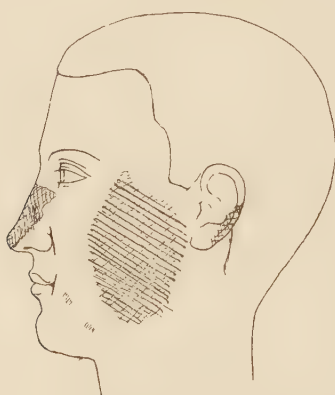


Fig. 20. — Vue du côté gauche.
Petit placard sur le rebord de l'oreille.

peu de leucorrhée. Elle est sujette aux engelures, ressent un froid persistant aux pieds, *sensation qui aurait disparu depuis le traitement phototherapique ???*

Etat ganglionnaire. — A eu des ganglions axillaires il y a douze ans, coïncidant avec la première apparition du lupus. Depuis la nouvelle poussée la malade a constaté des ganglions cervicaux. Actuellement on trouve encore un gros ganglion cervical à gauche.

Auscultation. — Aucune altération du murmure vésiculaire ; pas de submatité ni d'augmentation des vibrations

thoraciques. L'expiration est légèrement prolongée. Ni toux ni hémoptysies.

La réaction photogénétique est très forte, chaque séance est suivie d'une phlyctène, de gonflement, de rougeur et plus tard de la formation d'une croûte.

15 janvier 1901. — Trente-quatre nouvelles séances ont été faites, soit au total cinquante-quatre séances depuis le début sur lesquelles trente à trente-cinq ont été faites sur la joue droite.

Les réactions photogénétiques sont toujours très fortes, il



Fig. 21. — Vue du côté droit.

Placard occupant la presque totalité du bord de l'oreille et le lobule.

se produit des phlyctènes assez étendues, dessinant souvent d'une façon parfaite la surface circulaire du compresseur, s'accompagnant de gonflement, de rougeur suivies de croûtes assez épaisses qui se détachent et tombent peu à peu. Rougeur diffuse tout autour du placard traité.

Ces réactions photogénétiques sont extrêmement rapides. Le gonflement commence à peine une heure après chaque séance et souvent les phlyctènes apparaissent le soir même, c'est-à-dire à peine après quelques heures.

Les yeux n'ayant pas été suffisamment protégés lors de la dernière séance, l'action de la lumière à distance a occasionné un peu de conjonctivite des deux côtés.

29 janvier. — Depuis le 15 janvier la malade a eu neuf séances de une heure dont sept ont porté sur la joue droite, et deux sur la gauche. Toutes ces séances étaient toujours suivies d'une réaction très forte avec phlyctènes et croûtes ; mais ayant remarqué que les lésions qui semblaient en quelque sorte « fondre comme du beurre » sous l'influence du traitement, réapparaissaient après une période de repos, malgré l'intensité des réactions, on institue des séances de deux heures, pour amener une modification plus profonde des tissus. On fait neuf de ces séances prolongées toutes sur la joue gauche. Extérieurement elles ne paraissent pas produire de réaction plus forte. La dernière ayant eu lieu sur le devant de la joue a amené un œdème considérable de la paupière inférieure.

10 février. — Trois nouvelles séances ont été faites sur la joue gauche et sept sur la droite. Sur la joue gauche toutes les croûtes sont aujourd'hui à peu près tombées et on observe par places de petits îlots de tissu plissé qui donnent l'impression de tissu cicatriciel en formation. Il semble que l'on ait fragmenté les lésions en petits îlots.

8 mars. — Depuis le 10 février il a été fait :

5 séances de 2 heures sur la joue droite ;

12 séances de 2 heures sur le nez ;

6 séances de 2 heures sur la joue droite.

L'aspect de la joue gauche n'a pas été modifié depuis le 10 février, époque depuis laquelle on n'a pas fait d'application. Le nez et la joue droite sont en pleine réaction avec œdème, croûtes, et il est par conséquent impossible de juger de leur état.

8 mai. — La malade est au repos depuis le 8 mars. On note aujourd'hui une amélioration partielle caractérisée par une fragmentation des lésions qui sont parsemées de petits îlots de tissu cicatriciel. Toutefois, l'aspect général présente toujours une coloration rouge foncé et des squames très adhérentes.

On commence aujourd'hui le traitement par l'appareil Lortet et Genoud.

3 juin. — La malade a eu depuis le 8 mai jusqu'à ce jour vingt-sept séances avec l'appareil Lortet et Genoud. Les dix premières ont été faites à dix ampères et les suivantes à quinze ampères.

Les réactions ont été beaucoup plus fortes après ces dernières séances. Sur la joue droite au point le plus haut et le plus externe des lésions près de l'angle externe de l'œil on a

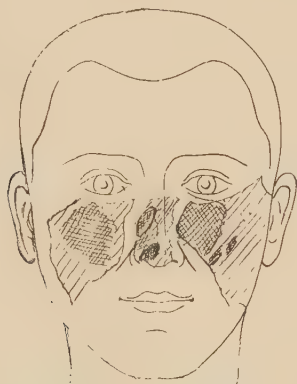


Fig. 22. — Etat actuel des lésions.

Les parties recouvertes de hachures larges représentent le tissu cicatriciel. Les points quadrillés sur le dos du nez et sur les joues représentent les parties qui ne sont pas encore complètement guéries ou qui sont en pleine réaction.

fait une séance de vingt-cinq minutes suivie d'une réaction intense.

D'une manière générale, les réactions sont très fortes avec phlyctènes et croûtes épaisses. Les deux joues et le nez ont été touchés entièrement. La malade vient d'être quatre jours au repos et actuellement on reprend une deuxième fois.

15 juin. — Mademoiselle N... a eu depuis le 3 juin onze séances nouvelles avec le Lortet et Genoud. Toujours chez elle, les réactions se sont montrées très intenses. Actuellement l'état des lésions est aussi satisfaisant que possible, ainsi que le montre la figure 22. Tout le pourtour des deux placards juxaux est remplacé par du tissu cicatriciel ainsi que l'aile gauche du nez. — En totalité le tissu cicatriciel est ici, comme

dans tous les cas traités par la méthode de Finsen, constitué par une surface rosée légèrement plissée et se confondant avec les tissus sains. — Seuls, deux petits placards en pleine réaction photogénétique persistent sur l'aile droite du nez et sur la narine droite. Les placards jugaux gauche et droit, eux aussi, sont en pleine réaction et recouverts de phlyctènes et de croûtes.

CONCLUSIONS

I. — La photothérapie constitue sur les autres méthodes de traitement du lupus un progrès considérable, et semble être la méthode de choix pour le lupus des parties découvertes et particulièrement de la face.

II. — L'appareil imaginé par Finsen, tout en ayant donné d'excellents résultats thérapeutiques, n'avait pu entrer dans la pratique courante, étant donné l'installation spéciale et très coûteuse qu'il nécessitait.

III. — Le nouvel appareil imaginé par MM. Lortet et Genoud présente les mêmes avantages et procure les mêmes résultats que celui de Finsen :

- (a) Traitement complètement indolore.
- (b) Régularité et beauté des cicatrices obtenues.
- (c) Proportion de guérisons plus forte qu'avec les méthodes employées jusqu'ici.

De plus il fait disparaître tous les inconvénients qu'on pouvait reprocher à ce premier appareil :

1° L'installation devient presque à la portée de tout le monde médical. Ce n'est plus un instrument spécial que pouvaient seuls posséder des instituts ;

2° Abréviation considérable du temps des séances qui de une heure est porté à un quart d'heure, les résultats thérapeutiques restant égaux ;

3° Réduction considérable des frais qui permet au médecin traitant de se mettre à la portée de toutes les bourses. La photothérapie n'est plus une méthode coûteuse réservée à la seule classe aisée.

IV. — La valeur de la photothérapie ressort nettement des observations que l'on peut faire en ce moment, portant sur des malades, incurables par tout autre procédé, et qui guérissent complètement par l'application des rayons lumineux.

Le traitement photothérapique, surtout depuis la découverte du nouvel appareil Lortet et Genoud, nous paraît destiné à devenir le traitement de choix dans le lupus de la face et dans certaines dermatoses localisées du visage. Les résultats obtenus jusqu'ici ne peuvent qu'encourager les dermatologistes à persévérer dans cette voie.

VU :

Le Président,

VU :

M. DEBOVE.

Le Doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE



FINSEN (Nils R.). — *La Photothérapie.*

LEREDDE. — *La Photothérapie et ses applications à la thérapeutique des affections cutanées.*

LORTET et GENOUD. — *Notice sur l'appareil photothérapique.*

